



MOUNT VERNON NEIGHBORHOOD HEALTHCENTER INC.
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y CONFIDENCIAL
RELACIONADA CON EL VIH

- Mount Vernon Neighborhood Health Center Yonkers Community Health Center Greenburgh Health Center
 Grasslands Homeless Shelter The Coachman Family Center Women's Premier Obstetrics
 School Based Health Center/Williams Elementary School School Based Health Center/Mount Vernon High School

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente	Teléfono
Dirección del paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica relacionada con mi atención y tratamiento se divulgue conforme a lo establecido en este formulario. Comprendo lo siguiente:

1. La información relacionada con el TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO O LA DROGADICCIÓN, el TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL (excepto las notas de psicoterapia para las que puede ser necesaria una autorización adicional), los ANÁLISIS GENÉTICOS o la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH no se compartirá, excepto que lo autorice específicamente. Al colocar mis iniciales en el **punto nro. 8**, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a las personas que se indican en este formulario.

2. Excepto por los tipos especiales de información enumerados con anterioridad, quien reciba la información que se comparta a raíz de esta autorización puede volver a compartirla y ya no estará protegida por las leyes federales o estatales. Excepto que así lo permitan las leyes federales o estatales, si autorizo que se comparta información relacionada con el VIH, el destinatario de dicha información no puede compartirla sin mi permiso. Puedo pedir una lista de las personas autorizadas a recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación por la divulgación de la información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del estado de Nueva York al (1-888-392-3644) o con la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (718-722-3131). Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. Puedo revocar esta autorización escribiéndole al proveedor o a la entidad a los que envié el formulario. Esta solicitud para revocar mi autorización será efectiva, excepto en la medida en que Mount Vernon Neighborhood Health Center Inc. ya haya tomado medidas en relación con esta autorización.

4. La firma de esta autorización es voluntaria. Mount Vernon Neighborhood Health Center Inc. no pondrá ninguna condición en el tratamiento, el pago, la inscripción en los planes médicos o la elegibilidad para los beneficios para que firme esta autorización. Comprendo que es posible que, en algunos casos, se me niegue el tratamiento si no firmo este consentimiento.

5. Nombre y dirección del proveedor o la entidad a los que se divulgará esta información:

6. Nombre y dirección de la persona que recibirá esta información:

7. Descripción de la información que se divulgará:

- Historia clínica completa, incluidos los antecedentes del paciente, las notas del médico, los resultados de los análisis, las radiografías, las consultas, las facturas, las derivaciones, los registros transferidos, etcétera.
 Historia clínica de: _____ a _____
 Otro: _____
 Formato/CD

8. Incluir también: (firmar con las iniciales)

- _____ : Información de salud mental
 _____ : Tratamiento para el alcoholismo/la drogadiccción
 _____ : Información relacionada con el VIH
 _____ : Información genética
 _____ : Enfermedad de transmisión sexual

9. Objetivo de la divulgación de la información:

- Bajo mi pedido Continuidad de la atención al paciente Otro:

11. Fecha de vencimiento de la autorización:

Completé todos los puntos del formulario y se respondieron mis preguntas. También me entregaron una copia del formulario.

Firma: _____
 Paciente o representante autorizado del paciente

Fecha: _____

Solo para uso de la oficina: Nro. de MRN: _____ Recibido: ____/____/____ Iniciales: _____