



## Autorización para revelar información médica protegida

<b>Información del paciente</b>			
Nombre del paciente ( <i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i> )			
Fecha de nacimiento ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	Número de expediente médico		
Dirección postal actual		N.º de apartamento/ unidad	
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de contacto		Dirección de correo electrónico ( <i>si tiene</i> )	

<b>Tipos generales de información que se revelará al destinatario</b>			
Fechas de servicio ( <i>mm/dd/aaaa</i> )		hasta ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Informe de la ER	<input type="checkbox"/> Informe sobre atención de urgencia	<input type="checkbox"/> Notas del consultorio de atención primaria
<input type="checkbox"/> Notas del consultorio especializado	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos	<input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Informes operativos	<input type="checkbox"/> Historia médica y examen físico	<input type="checkbox"/> Expediente completo
<input type="checkbox"/> Otro			

<b>Revelación de información de:</b>			
<input type="checkbox"/> Albany Medical Center	<input type="checkbox"/> Columbia Memorial Health	<input type="checkbox"/> Glens Falls Hospital	<input type="checkbox"/> Saratoga Hospital
<input type="checkbox"/> Atención de urgencia/atención de emergencia (lugar, etc.)			
<input type="checkbox"/> Atención primaria (nombre del proveedor, lugar, etc.)			
<input type="checkbox"/> Especialista (nombre del proveedor, lugar, etc.)			

<b>Tipos de información confidencial que se revelarán al destinatario</b> ( <i>ponga sus iniciales en todos los que correspondan</i> ):			
<input type="checkbox"/> Tratamiento por drogas/alcoholismo	<input type="checkbox"/> Información sobre salud mental	<input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH	<input type="checkbox"/> Información sobre pruebas genéticas
<b>*Tenga en cuenta que si selecciona alguno de los tipos confidenciales de arriba, un miembro del equipo del Departamento de Revelación de Información (Release of Information Department) se comunicará con usted para asegurarse de que su solicitud se complete según las reglamentaciones federales y del NYS*</b>			

<b>Revelar información a:</b>			
Nombre del destinatario	Objetivo de la revelación ( <i>continuidad de la atención, uso personal, legal, etc.</i> )		
Dirección del destinatario	Ciudad, estado, código postal		
Número de teléfono del destinatario	Número de fax del destinatario		

### ¿Cómo quiere que se revele su información?

Elija una opción:

- Dirección de correo electrónico** \_\_\_\_\_
- Número de fax** \_\_\_\_\_
- Correo** ( CD o  Unidad USB) \_\_\_\_\_
- Recogida en persona** ( CD o  Unidad USB) \_\_\_\_\_

**Haga su solicitud por MyChart**, el portal seguro en línea para pacientes del Albany Med Health System. Inicie sesión o cree una cuenta en [mychart.albanymed.org](http://mychart.albanymed.org)

**Consulte la página 2 para obtener más información y para firmar**

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Gestión de la Información Médica (Health Information Management Department). Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. Salvo que se revoque, esta autorización vencerá el \_\_\_\_\_.

**Si no especifico una fecha de vencimiento, un suceso o una condición, la autorización vencerá en 90 días.** Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley dé a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo en virtud de mi póliza. Entiendo que una vez revelada la información de arriba, el destinatario podrá revelarla de nuevo y la información podría no estar protegida por las normas federales de privacidad ni por la ley de Nueva York. Entiendo que autorizar el uso o la revelación de la información identificada arriba es voluntario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará a mi capacidad para obtener tratamiento. **Entiendo que la tarifa por las copias de mi expediente médico es de \$0.75 centavos por página. Esta tarifa no se cobrará si el expediente se envía a otro médico o si es para continuar el tratamiento.**

Por la presente autorizo al Albany Med Health System a revelar o permitir el uso de la información médica, como se describe abajo, de la persona mencionada arriba. Entiendo que las leyes federales y estatales ofrecen una protección especial para la información relacionada con **enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Hay protecciones similares para la información sobre los servicios de salud conductual o mental y el tratamiento del abuso de alcohol y drogas.** Entiendo que, si la información médica cubierta por esta autorización contiene dicha información, estoy renunciando a esas protecciones en este caso al autorizar voluntariamente el uso o la revelación de la información médica.

Si autorizo la revelación de información relacionada con el VIH, el destinatario tiene prohibido volver a revelar dicha información sin mi autorización, a menos que lo permitan las leyes federales o estatales. Entiendo que tengo el derecho de pedir una lista de las personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experimento discriminación debido a la revelación de información relacionada con el VIH, podré comunicarme con la **División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (New York State Division of Human Rights) llamando al (212)480-2493** o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Commission of Human Rights) llamando al (212)306-7450. Estas agencias tienen la responsabilidad de proteger mis derechos.

Si estos registros están cubiertos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2), esta norma le prohíbe hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que la revelación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas.

**Firma del solicitante:**

Firma del paciente o de su representante legal

Fecha

Si firma el representante legal, relación con el paciente

Fecha

Nombre del paciente o del representante legal (en letra de molde)

Fecha