



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DE CONFORMIDAD CON HIPAA

Authorization to Release Protected Health Information, HIM ROI AUTHORIZATION SP, 3/16/26

FOR CATHOLIC HEALTH USE ONLY:

MRN: _____

Date Received: _____

Date Processed: _____

Logged By: _____

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Últimas 4 cifras del número del Seguro Social (si lo sabe)
Dirección del paciente		Número de teléfono

Yo o mi representante autorizado solicitamos que se divulgue información de atención médica según se establece en este formulario. De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York (NYS) y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información de salud relacionada con **tratamientos por el uso de alcohol/drogas/sustancias y tratamientos de salud mental**, excepto las notas de psicoterapia, **tratamientos o pruebas de VIH/SIDA, pruebas genéticas y atención médica reproductiva**. Autorizo la divulgación de dicha información al marcar/seleccionar las casillas adecuadas a continuación.
- Si autorizo la divulgación de información, incluida información relacionada con **tratamientos por el uso de alcohol/drogas/sustancias y tratamientos de salud mental, tratamientos o pruebas de VIH/SIDA, pruebas genéticas o atención médica reproductiva**, el destinatario tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que lo haga bajo la ley Federal o del Estado de Nueva York. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que puedan recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. En caso de que sufra discriminación a partir de la divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de derechos humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o con la Comisión de derechos humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450.
- Cierta otra información médica divulgada en función de esta autorización podría volver a ser divulgada por el receptor y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida en virtud de las leyes federales o del estado de Nueva York.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Catholic Health. Entiendo que puedo revocar esta autorización, a menos que Catholic Health ya haya tomado medidas en función de esta autorización.
- La firma de esta autorización debe ser voluntaria, y hacerlo no condicionará mi tratamiento, mi pago, mi inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para beneficios.
- Catholic Health no puede divulgar registros médicos ni información médica a ninguna persona que no sean aquellas que se indican en esta autorización, salvo que la ley federal o del estado de Nueva York lo permitan.
- Una persona puede quedar sujeta a sanciones penales de conformidad con el Título 42 del Código de los Estados Unidos (USC), artículo 13 20d-6, si, a sabiendas y de una manera que infrinja la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), obtiene información médica que identifica individualmente a otra persona o divulga a otra persona dicha información médica.

Nombre de la entidad/del proveedor de Catholic Health a la/al que se divulgará información de atención médica: (consulte las direcciones en el sitio web de registros médicos de Catholic Health, si lo necesita)

Divulgar/enviar información médica a:

Nombre (y, si corresponde, dirección) de la persona (con el cargo) y la entidad (si corresponde) a las que se divulgará esta información médica:

(Nombre) _____ (Dirección completa) _____ (Teléfono principal) _____

Seleccione el formato: Verbal (en persona o por teléfono) Papel (correo) CD (correo) Fax (incluir el número): _____
 Entrega electrónica (dirección de correo electrónico del solicitante): _____
 Nota: La entrega electrónica se procesa a través del Sistema Externo de Entrega de Información de Catholic Health.

Tipo de información médica (seleccione uno):

- Historia clínica/información médica **desde** (fecha) _____ **hasta** (fecha) _____.
- Historia clínica/información médica completa, como historiales de pacientes, notas de encuentros (excepto psicoterapia), resultados/informes de pruebas o laboratorios, informes radiológicos, derivaciones, consultas u otra información de salud de Catholic Health.
- Otro (como placas de radiología o registros de facturación): _____

Incluir información de salud confidencial relacionada con (marque cada casilla para reconocer que puede incluirse cierta información de salud específica):

- Tratamientos por el uso de alcohol/drogas/sustancias Tratamiento de salud mental Tratamiento relacionado con el VIH
- Pruebas genéticas Información de salud reproductiva (consulte el apartado a continuación)

Motivo por el cual se divulga la información (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Solicitud del paciente/del representante personal (incluida la divulgación de información con amigos o familiares, como se establece arriba)
- Coordinación del tratamiento/la atención (incluido otro proveedor/entidad)
- Capacitación/educación/diario Legal Marketing/recaudación de fondos Otro: _____

Vencimiento de la autorización: (si se deja en blanco, la autorización no vencerá ni cambiará salvo que se solicite)

_____ Solo una vez _____ Fecha _____ Evento

Completé todos los puntos de este formulario a mi leal saber y entender, y respondieron todas las preguntas que tenía al respecto. Me han proporcionado una copia de este formulario cuando la solicité. En el caso de las divulgaciones que incluyen información de salud reproductiva: Comprendo que la Ley HIPAA prohíbe el uso o la divulgación de información de salud reproductiva cuando se la busca para investigar personas, proveedores de atención médica u otras personas que buscan, obtienen, brindan o facilitan atención de salud reproductiva, o determinar la responsabilidad de estas.

Paciente/representante personal: Firma: _____ Fecha y hora: _____

*Si es un representante personal o tiene una relación o autoridad para actuar en nombre del paciente Información de contacto del representante personal (si es distinta a la de arriba)