

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA

[Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York]

1RPEUH GHO SDFLHQWH)HFKD GH QDFLPL	LHQRUR GH 6HJXUR
'LUHFFLyQ GHO SDFLHQWH		

<R R PL UHSUHVHQWDQWH DXWRUL]DGR FR DV R R Q FULWODPRWYHQDHYFLDOHQH RUPROVHQH IRUPXODULR

'H DFXHUGR FRQ OD /H\ GHO HVWDGR

men Dá E•ADGR 0p0 :PX

% (O UHJLVWUR PHGLFR FRPSOHWR LQFOX\HQGR KLVWRULDV FOfQLFLDV GH UHVXOWDGRV GH DQiOLVLV HVWXGLRV GH UDGLRORJtD UDGLR JURDMtDV HQYLDGRV D XVWHG SRU RWURV SURYHHGRUHV GH DWHQFLyQ PpGLFD

% 2 W UR _____

, QFO K (indicar con iniciales)

_____ Tratamiento de alcohol/drogas

_____ Información de salud mental

_____ Información relacionada con el VIH

Autorización para discutir información médica

E%&RORTXH DTXt V XV L<RL D X W R H V] R _____

,QLFLDOHV

1RPEUH GH HQG BURLY QGLYLGXDO GH DWHQFL

SDUD GLVFXWLU PL LQIRUPDFLyQ PpGLFD FRQ PL DERJDGR R FRQ OD DJH

	\$XWRULGDG SDUD ILUPDU HQ QRPEUH
--	----------------------------------

6H FRPSOHWDURQ WRGRV ORV SXQWRV HQ HVWH IRUPXODULR \ VH UHVSRQG FRSLD GHO IRUPXODULR

)LUPD GHO SDFLHQWH HRDXMSRUHLYDGR SRU OD OH\ _____)HFKD

* El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona. 6 5HY :KLWH ± 5HFRUG