

Autorización para divulgar información médica

(Authorization for Release of Health Information)

Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento
Dirección del paciente (en letra de imprenta e incluir n.º de apartamento)	Número de teléfono
	Dirección de correo electrónico

1. Información de contacto del proveedor de atención médica o de la entidad a la que se divulgará esta información (de quién):

Nombre:	Dirección:
N.º de teléfono:	

2. Información de contacto de las personas o de las entidades que recibirán esta información (a quién):

Nombre:	Dirección:	
N.º de teléfono:	Fax:	Correo electrónico:

3. Manera

Manera	Forma/Formato	Detalles de entrega
<input type="checkbox"/> Correo postal normal	<input type="checkbox"/> Copia impresa <input type="checkbox"/> Unidad USB Flash segura <input type="checkbox"/> CD	Dirección postal:
<input type="checkbox"/> Recogida en instalaciones	<input type="checkbox"/> Copia impresa <input type="checkbox"/> Unidad USB Flash segura <input type="checkbox"/> CD (donde disponible)	N/C
<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro <input type="checkbox"/> Correo electrónico no seguro (Al marcar aquí, reconozco que el correo electrónico enviado sin encriptar significa que otras personas pueden acceder a la información y leerla una vez que se transmita por Internet).	Dirección de correo electrónico:
<input type="checkbox"/> Fax	N/C	Número de fax:
<input type="checkbox"/> Otro	Explique:	

Copy 1 – Patient Medical Record
Copy 2 – Patient or Patient's Personal Representative

Autorización para divulgar información médica (Authorization for Release of Health Information)

4. Verbal _____ COLOQUE SUS INICIALES AQUÍ para autorizar a la persona o al representante de la entidad especificada en la Sección 1 a analizar la información médica divulgada de acuerdo con esta autorización con la persona, o con el representante de la entidad, que se especifica en la Sección 2. Entiendo que si esta autorización cubre los resultados de análisis de laboratorio, el laboratorio NO PODRÁ responder ninguna pregunta en relación con la interpretación, el diagnóstico o el tratamiento de estos resultados. Consulte todas las preguntas con el MÉDICO DEL PACIENTE ÚNICAMENTE.

5. Información médica solicitada:

- Resumen de historia clínica (resumen de registro)
- Historia clínica desde (escribir fecha) _____ hasta (escribir fecha) _____
- Historia clínica completa
- Resultados de laboratorio para la fecha de servicio _____
- Radiografías e informes para la fecha de servicio _____
- Factura detallada para _____
- Otro: Explique _____

6. Motivo por el cual se divulga la información:

- A pedido de la persona Otro: _____

7. Yo o mi representante autorizado solicitamos que la información médica relacionada con mi atención y tratamiento se consulte, use o divulgue según se establece en este formulario. De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York, el Código de regulaciones federales 42 CFR, Parte 2 y las normas de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), entiendo que:

- a. Tengo derecho a revocar esta autorización y mi permiso para enviar la información solicitada por correo electrónico sin encriptar (si se indica en la sección 3 de este documento) en cualquier momento, por escrito, al proveedor de atención médica que figura en la Sección 1. Entiendo que puedo revocar esta autorización, a menos que ya se hayan tomado medidas respecto de esta autorización.
- b. Entiendo que firmo esta autorización voluntariamente. Mi autorización para esta divulgación de información no condicionará mi tratamiento, mi pago, mi inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para obtener beneficios.
- c. La información 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 por las leyes federales o estatales. Sin embargo, si autorizo a divulgar información relacionada con el tratamiento contra el abuso de sustancias, tratamiento de salud mental o información relacionada con el VIH, el receptor de dicha información tiene prohibido volver a revelarla sin mi autorización, a menos que las leyes federales o estatales lo permitan.

Copy 1 – Patient Medical Record
Copy 2 – Patient or Patient's Personal Representative

Autorización para divulgar información médica

(Authorization for Release of Health Information)

8. Se pueden divulgar los siguientes tipos de información, a menos que usted o su representante autorizado coloquen las iniciales en los espacios correspondientes proporcionados a continuación para rechazar la divulgación de estos tipos de información médica:

- Información sobre el tratamiento contra el abuso de sustancias proveniente solo de una unidad o de un programa con licencia de la Oficina de servicios para el alcoholismo y el abuso de sustancias (OASAS)¹ (incluida información sobre diagnóstico, medicamentos y dosis, análisis de laboratorio, alergias, resúmenes de antecedentes de abuso de sustancias, resumen de antecedentes de traumatismos, información sobre empleo, situación de vivienda y apoyos sociales, y datos sobre reclamos o sobre encuentros)
- Información sobre tratamiento de salud mental proveniente solo de una unidad o de un programa con licencia de OMH²
- Información relacionada con el VIH

9. Evento o fecha de vencimiento

Esta autorización vencerá (marque uno y complete según sea necesario):

- En un (1) año
 Otro (especifique la fecha de vencimiento) _____

*Este campo se debe completar con la fecha o con el evento

Paciente/agente/familiar/tutor* (firma) (Patient/Agent/Relative/Guardian* (Signature))	Fecha (Date)	Hora (Time)	Nombre en letra de imprenta (Print Name)	Relación, si no es el paciente (Relationship if other than patient)
---	-----------------	----------------	---	--

N.º de identificación del intérprete telefónico (Telephonic Interpreter's ID #) O BIEN (OR)	Fecha (Date)	Hora (Time)
--	-----------------	----------------

Firma: Intérprete (Signature: Interpreter)	Fecha (Date)	Hora (Time)	En letra de imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente (Print: Interpreter's Name and Relationship to Patient)
---	-----------------	----------------	---

Testigo de la firma (firma) (Witness to signature (Signature))	Fecha (Date)	Hora (Time)	Nombre del testigo en letra de imprenta (Print Witness Name)
---	-----------------	----------------	---

* Se debe obtener la firma del paciente a menos que el paciente es un menor de edad de 18 años no emancipado o que de otra manera no está capacitado para firmar.

¹ Las unidades o los programas con licencia de la OASAS solo incluyen programas cuyo objetivo específico es tratar trastornos por abuso de sustancias.

² Las unidades o los programas con licencia de OMH solo incluyen programas cuyo objetivo específico es el tratamiento de enfermedades mentales.

Copy 1 – Patient Medical Record
Copy 2 – Patient or Patient's Personal Representative

Authorization for Release of Health Information

Patient Name (Print)	Date of Birth
Patient Address (Print and include Apt#)	Telephone Number
	E-mail Address

1. Contact information or health care provider or entity to release this information (from who):		
Name:	Address:	
Phone #:		
2. Contact information of person(s) or entities who will receive this information (to who):		
Name:	Address:	
Phone #:	Fax:	E-mail:
3. Manner Form/Format Delivery Details		
<input type="checkbox"/> Regular Mail	<input type="checkbox"/> Paper copy <input type="checkbox"/> Secure USB Flash Drive <input type="checkbox"/> CD	Mailing Address:
<input type="checkbox"/> Pick up at facility	<input type="checkbox"/> Paper copy <input type="checkbox"/> Secure USB Flash Drive <input type="checkbox"/> CD (where available)	N/A
<input type="checkbox"/> Electronic mail	<input type="checkbox"/> Secure email <input type="checkbox"/> Unsecure email (By checking here, I acknowledge that e-mail sent unencrypted means others may be able to access the information and read it once it is transmitted over the internet.)	Email Address:
<input type="checkbox"/> Fax	N/A	Fax Number:
<input type="checkbox"/> Other	Please explain:	

Copy 1 – Patient Medical Record
Copy 2 – Patient or Patient's Personal Representative

Authorization for Release of Health Information

4. Verbal _____ PLEASE INITIAL HERE to authorize the person or a representative from the entity specified in Section 1 to discuss the health information being released under this Authorization with the person, or representative from the entity, specified in Section 2. I understand that if this Authorization covers laboratory testing results, the laboratory CANNOT answer any questions in reference to interpretation, diagnosis or treatment of these results. Please address all questions with the PATIENT'S PHYSICIAN ONLY.

5. Requested Health Information:

- Medical Record Abstract (summary of record)
- Medical Record from (insert date) _____ to (insert date) _____
- Entire Medical Record
- Laboratory results for date of service _____
- Radiology images and reports for date of service _____
- Itemized bill for _____
- Other: Please explain _____

6. Reason for release of information:

- At request of individual Other: _____

7. I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be accessed, used and/or disclosed as stated on this form. In accordance with New York State Law, 42 CFR Part 2 and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:

- a. I have the right to revoke this Authorization and my Permission to Send Information Requested by Unencrypted E-mail (if indicated in section 3 of this document) at any time by writing to the health care provider listed in Section 1. I understand that I may revoke this Authorization except to the extent that action has already been taken in reliance on this Authorization.
- b. I understand that signing this Authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
- c. Information disclosed under this Authorization might be rediscovered by the recipient, and this rediscovery may no longer be protected by federal or state law. However, if I am authorizing the release of substance abuse treatment, mental health treatment or HIV-related information, the recipient is prohibited from rediscovering such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law.

Copy 1 – Patient Medical Record
Copy 2 – Patient or Patient's Personal Representative

Authorization for Release of Health Information

- 8. The following types of information may be released unless you or your authorized representative initial in the appropriate spaces provided below to opt out of releasing these types of health information:**

- Substance Abuse Treatment Information from an OASAS licensed unit or program¹ only (including diagnostic information, medications and dosages, lab tests, allergies, substance use history summaries, trauma history summary, employment information, living situation and social supports, and claims/encounter data)
- Mental Health Treatment information from an OMH licensed unit or program² only
- HIV-Related Information

9. Expiration Date or Event

This authorization will expire on (please check one and complete as applicable):

- One (1) year
 Other (please specify expiration date) _____

*This field must be completed with date or event

Patient/Agent/Relative/Guardian* (Signature)	Date	Time	Print Name	Relationship if other than patient
Telephonic Interpreter's ID # OR	Date	Time		
Signature: Interpreter	Date	Time	Print: Interpreter's Name and Relationship to Patient	
Witness to signature (Signature)	Date	Time	Print Witness Name	

* The signature of the patient must be obtained unless the patient is an unemancipated minor under the age of 18 or is otherwise incapable of signing.

¹ Units or programs licensed by OASAS only include programs whose specific purpose is to treat substance abuse disorders.

² Units or programs licensed by OMH only include programs whose specific purpose is the treatment of mental illness.

Copy 1 – Patient Medical Record
Copy 2 – Patient or Patient's Personal Representative