**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: MM\_\_\_\_\_DD\_\_\_\_\_AA\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal:

**Por medio de la presente, autorizo a Crystal Run Healthcare a divulgar mi información médica a:**

Nombre: Dirigido a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: Ciudad, estado, código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax o correo electrónico seguro: Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Registros que se solicitan** (indique a continuación qué registros está solicitando y marque según corresponda)

[ ]  Fecha(s) de servicio: Proveedor (es): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Informes/Procedimiento operatorios:

[ ]  Últimos dos (2) años de información médica

[ ]  Visita(s) al consultorio (s)

[ ]  Resultados de pruebas (resultados de laboratorio/patología) Especifique:

[ ]  Radiología (radiografías, tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética): Solo informes \_\_\_\_\_\_\_ imágenes en CD\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Otro (especifique):

**Incluir *(indicar con sus iniciales\*)***

**\_\_\_VIH/SIDA \_\_\_Drogas/alcohol \_\_\_Salud mental \_\_\_Pruebas genéticas \_\_\_Pruebas de fertilidad**

\***SI NO COLOCA INICIALES, ESTA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA NO SE DIVULGARÁ A UN TERCERO**

**¿Cómo preferiría que entreguemos sus registros?**

[ ]  Formato impreso

[ ]  Formato electrónico: correo electrónico (encriptado)

[ ]  Núm. de fax

[ ]  Otro (especifique)

**Autorización para discutir la información médica**

[ ]  Al colocar mis iniciales aquí \_\_\_, autorizo a a conversar sobre mi información médica con:

 Iniciales Nombre del proveedor de atención médica

Nombre:Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MOTIVO DEL USO O DIVULGACIÓN SOLICITADOS:**

[ ]  Uso personal [ ]  Legal [ ]  Segunda opinión [ ]  Cambio de proveedor de atención médica

[ ]  Otro (especifique)

PARA LA LECTURA Y FIRMA DEL PACIENTE:

**Asimismo, comprendo lo siguiente:**

1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito al consultorio.
2. Es posible que no pueda revocar esta autorización si el consultorio ya ha tomado medidas utilizando esta autorización o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de un seguro.
3. El consultorio no condicionará el tratamiento o el pago con base en mi firma de esta autorización.
4. Estoy firmando esta autorización libremente y bajo ninguna presión de ninguna persona para hacerlo.
5. Es posible que el destinatario vuelva a divulgar la información divulgada en virtud de esta autorización, y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.
6. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar esta autorización y entiendo la intención y el uso.
7. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS e INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH solo si pongo mis iniciales en la casilla correspondiente de arriba.
8. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH, el alcohol o el tratamiento por consumo de drogas, el destinatario tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que las leyes federales y estatales lo permitan. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la liberación o 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. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.

**Firma del paciente o representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**