For CFH to give information

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Autorización para divulgar Información sobre salud (incluida información sobre tratamientos por alcoholismo/drogas y relacionados con la salud mental) e información confidencial relacionada con VIH/SIDA

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito, o mi representante autorizado solicita, que se divulgue la información de salud sobre mi atención y tratamiento tal como se establece en este formulario. Entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con TRATAMIENTOS POR ALCOHOLISMO y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL e INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH/SIDA solo si pongo mis iniciales en la línea correspondiente en el punto 8. En caso de que la información sobre salud descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información, y yo coloque mis iniciales en la línea en la casilla en el punto 8, autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicadas en el punto 6.
2. Con algunas excepciones, la información sobre salud divulgada puede volver a ser divulgada por el receptor. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, tratamiento de alcoholismo o drogas o tratamiento de salud mental, el receptor tiene prohibido volver a divulgar esa información o utilizar la información divulgada para cualquier otro fin sin mi autorización, a menos que así lo permitan las leyes federales o del estado. Si fuera discriminado por la divulgación o difusión de información relacionada con el VIH/SIDA, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del estado de Nueva York al 1-888-392-3644. Esta agencia es responsable de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación escrita a los proveedores que aparecen en el punto 5. Comprendo que puedo revocar la presente autorización, excepto cuando ya se haya tomado alguna medida basada en el presente consentimiento.
4. La firma de esta autorización es voluntaria. Entiendo que en términos generales mi tratamiento, pago, afiliación a un plan de salud o elegibilidad para obtener beneficios no estarán condicionados por mi consentimiento de esta divulgación. Sin embargo, entiendo que en algunas circunstancias se me puede negar el tratamiento si no firmo este consentimiento.

5. Nombre y dirección del proveedor o entidad a la que se divulgará esta información

Cornerstone Family Healthcare
147 Lake Street, Newburgh, NY 12550
Phone: 845-563-8000
Fax: 845-565-1364

6. Nombre y domicilio de la(s) persona(s) a quienes se divulgará esta información:

7. Motivo de la divulgación de información:

8. Salvo previa revocación de mi parte, la siguiente información específica que aparece a continuación puede ser divulgada desde: _____ hasta _____
(INSERTAR FECHA DE INICIO) (INSERTAR FECHA DE EXPIRACIÓN O EVENTO)

☐ Toda la información de salud (escrita u oral), excepto:

Para que lo siguiente se divulgue, especifique lo que se divulgará e inícielo.	Información que se va a divulgar	Iniciales
☐ Registros de programas de tratamiento por alcoholismo/drogas		
☐ Registros clínicos de programas de salud mental*		
☐ Información relacionada con VIH/SIDA		

9. En caso de no tratarse del paciente, nombre de la persona que firma el formulario:

10. Autorizado para firmar en nombre del paciente:

Todos los puntos en este formulario han sido completados, mis preguntas acerca de este formulario han sido contestadas y se me ha entregado una copia del formulario.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO — FECHA

Declaración/Firma del testigo: He sido testigo de la ejecución de esta autorización y declaro que se ha entregado una copia de autorización firmada al paciente o al representante autorizado.

NOMBRE Y PUESTO DEL INTEGRANTE DEL PERSONAL — FIRMA — FECHA

Este formulario puede utilizarse en lugar del DOH 2557 y ha sido aprobado por la Oficina de Salud Mental del NYS y la Oficina de Servicios para Alcoholismo y Abuso de Sustancias para autorizar la divulgación de información sobre salud. Sin embargo, este formulario no requiere que los proveedores de atención de la salud divulguen información sobre salud. La información relacionada con tratamientos de alcoholismo/drogas o la información confidencial relacionada con el VIH divulgada a través de este formulario debe estar acompañada de las declaraciones correspondientes referidas a la prohibición de una posterior divulgación.

*Nota: La información de los registros clínicos de salud mental puede divulgarse conforme a lo indicado en esta autorización a las partes allí identificadas que tengan una necesidad demostrable de contar con esa información, siempre que se considere que esta divulgación no resultará perjudicial para el paciente u otra persona.