



WESTCHESTER COMMUNITY HEALTH CENTER

(Anteriormente conocida como Mount Vernon Neighborhood Health Center, Inc)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH

- WCHC Mount Vernon WCHC Yonkers WCHC Greenburgh WCHC Lake Street WCHC at Grasslands Homeless Shelter
 WCHC at The Coachman Family Center WCHC at Edward Williams Elementary School WCHC at Mount Vernon High School

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente	Teléfono
Dirección del paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica relacionada con mi atención y tratamiento se divulgue conforme a lo establecido en este formulario. Comprendo lo siguiente:

- La información relacionada con el **Tratamiento del Alcoholismo o la Drogadicción**, el **Tratamiento de Salud Mental** (excepto las notas de psicoterapia para las que puede ser necesaria una autorización adicional), los **Análisis Genéticos** o la **Información Confidencial Relacionada con el VIH** no se compartirá, excepto que lo autorice específicamente. Al colocar mis iniciales en el **punto nro. 8**, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a las personas que se indican en este formulario.
- Excepto por los tipos especiales de información enumerados con anterioridad, quien reciba la información que se comparta a raíz de esta autorización puede volver a compartirla y ya no estará protegida por las leyes federales o estatales. Excepto que así lo permitan las leyes federales o estatales, si autorizo que se comparta información relacionada con el VIH, el destinatario de dicha información no puede compartirla sin mi permiso. Puedo pedir una lista de las personas autorizadas a recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación por la divulgación de la información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del estado de Nueva York al (1-888-392-3644) o con la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (718-722-3131). Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- Puedo revocar esta autorización escribiéndole al proveedor o a la entidad a los que envié el formulario. Esta solicitud para revocar mi autorización será efectiva, excepto en la medida en que Westchester Community Health Center ya haya tomado medidas en relación con esta autorización.
- La firma de esta autorización es voluntaria. Westchester Community Health Center no pondrá ninguna condición en el tratamiento, el pago, la inscripción en los planes médicos o la elegibilidad para los beneficios para que firme esta autorización. Comprendo que es posible que, en algunos casos, se me niegue el tratamiento si no firmo este consentimiento.

5. Nombre y dirección del proveedor o la entidad a los que se divulgará esta información:	
6. Nombre y dirección de la persona que recibirá esta información:	
7. Descripción de la información que se divulgará: <input type="checkbox"/> Historia clínica completa, incluidos los antecedentes del paciente, las notas del médico, los resultados de los análisis, las radiografías, las consultas, las facturas, las derivaciones, los registros transferidos, etcétera. <input type="checkbox"/> Historia clínica de: _____ a _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Formato/CD	8. Incluir también: (firmar con las iniciales) _____ : Información de salud mental _____ : Tratamiento para el alcoholismo/la drogadicción _____ : Información relacionada con el VIH _____ : Información genética _____ : Enfermedad de transmisión sexual
9. Objetivo de la divulgación de la información: <input type="checkbox"/> Bajo mi pedido <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención al paciente <input type="checkbox"/> Otro: _____	11. Fecha de vencimiento de la autorización:

Completé todos los puntos del formulario y se respondieron mis preguntas. También me entregaron una copia del formulario.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente o representante autorizado del paciente

Solo para uso de la oficina: Nro. de MRN: _____	Recibido: ____/____/____	Iniciales: _____
--	--------------------------	------------------