

# VASSAR BROTHERS MEDICAL CENTER

45 Reade Place, Poughkeepsie, NY 12601  
845-437-3020

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA COBRARSE UN ARANSEL DE PROCESAMIENTO CON RELACIÓN A ESTA SOLICITUD

**NOMBRE DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Por el presente autorizo a **Vassar Brothers Medical Center** a **DIVULGAR** mi información de salud protegida a:

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Por el presente autorizo a **Vassar Brothers Medical Center** a **RECIBIR** mi información de salud protegida de:

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

### **Información solicitada:**

Registros de Sala de emergencias	Resumen	Resumen de alta	Informe operativo/patológico
Exámenes de laboratorio	Radiología	Antecedentes y Físico	Historia clínica completa
Otro: _____			

**Fecha(s) aproximada(s) de tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Incluye:** (Iniciales) \_\_\_ Tratamiento por abuso de alcohol/drogas; \_\_\_ Información de salud mental; \_\_\_ Información relativa al VIH

**Motivo de la divulgación de información:** \_\_\_ Por solicitud del individuo; \_\_\_ Continuidad de la atención médica; \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Esta autorización no le autoriza a usted a hablar sobre mi información de salud o sobre mi atención médica con personas que no sean ni mi abogado ni la agencia gubernamental especificados a continuación:

Al escribir aquí mis iniciales \_\_\_\_\_ yo autorizo a \_\_\_\_\_ a hablar sobre mi información de salud  
Iniciales Nombre del proveedor de salud en específico

con mi abogado o con la agencia gubernamental que figuran a continuación: \_\_\_\_\_  
Nombre del abogado/bufete de abogados o de la agencia gubernamental

Conforme a las disposiciones de las leyes del Estado de Nueva York y Federales, comprendo que: Esta autorización podrá incluir la divulgación de información relativa al ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL, a excepción de notas relativas al tratamiento psicológico e INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELATIVA AL VIH solo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente. En caso de que la información de salud antes mencionada incluya cualquiera de estos tipos de información y yo coloco mis iniciales en la línea, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) que se menciona(n) en el presente. Si yo autorizo la divulgación de la información relativa al VIH, al tratamiento de abuso de alcohol o drogas, o del tratamiento de salud mental, se prohíbe al receptor divulgar nuevamente la información sin mi autorización a excepción de que dicha divulgación sea permitida por las disposiciones de la ley federal o estatal. Comprendo que tengo el derecho a solicitar una lista que contenga a las personas que podrían recibir o utilizar mi información relativa al VIH sin autorización. Si sufro discriminación con motivo de la divulgación de la información relativa al VIH, podré contactar a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estos organismos son responsables por la protección de mis derechos. Tengo derecho a revocar por escrito esta autorización en cualquier momento al proveedor de atención de la salud mencionado en el presente. Comprendo que podré revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hubiesen tomado acciones en base a la presente autorización. Comprendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no serán condicionados a mi autorización a dicha divulgación. La información divulgada conforme a esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el receptor (a excepción de lo mencionado antes) y esta nueva divulgación podría ya no gozar de la protección de la ley federal o estatal. Todos los puntos de este formulario han sido completados y mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Además, se me ha entregado una copia del formulario.

**FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA CLARA:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA FIRMAR EN NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**FECHA/EVENTO EN LA CUAL ESTA AUTORIZACIÓN VENCERÁ:** \_\_\_\_\_

(Si la fecha de vencimiento queda en blanco, esta autorización vencerá en seis (6) meses a partir de la fecha de esta solicitud).