



Westchester Institute for Human Development

Servicios de atención dental **PAQUETE DE INSCRIPCION**

Bienvenido al Instituto de Desarrollo Humano de Westchester (WIHD). El paquete de registro adjunto debe completarse antes de la primera cita del paciente.

Este paquete incluye:

WIHD PAPERWORK	INFORMACION ADICIONAL REQUERIDA
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Formulario de inscripción<input type="checkbox"/> Consentimiento para el cuidado y tratamiento<input type="checkbox"/> Formulario de estados financieros<input type="checkbox"/> Aviso de Prácticas de Privacidad<input type="checkbox"/> Declaración de derechos del paciente<input type="checkbox"/> Consentimiento para divulgar o intercambiar PHI	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Copia de TODAS las tarjetas de seguro del individuo (anverso y reverso)<input type="checkbox"/> Acuerdo que indica permiso para que la Agencia brinde servicios de salud†<input type="checkbox"/> Acuerdo de agencia que autoriza a recibir revisar y divulgar información médica pertinente †<input type="checkbox"/> Examen físico actual dentro de 1 año<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos

†Requerido si un representante de la agencia firma todos los documentos en lugar de la firma del padre/tutor

**** COMPLETE Y ENVÍE ESTE PAQUETE DE REGISTRO LO ANTES POSIBLE:**

Dental Department
Westchester Institute for Human Development
221 Cedarwood Hall
Valhalla, New York 10595
Phone: 914-493-8081 or 493-7232
Fax: 914-493-8184
Dental@wihd.org

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros.



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

El día de hoy ____/____/____		CUENTA DE WIHD NO. _____	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido del paciente		primero	Medio
		<input type="checkbox"/> Nuevo registro <input type="checkbox"/> Actualización de registro	
Idioma preferido			
Seguridad Social #	Raza/Etnicidad <i>(para informes del gobierno)</i>		Fecha de nacimiento
	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro		Edad
			Sexo
Agencia residencial y casa (si corresponde)		Tel.	Fax (si está disponible)
		()	()
Dirección (Casa o Agencia residencial)		Ciudad	Estado
			Código postal
Nombre de contacto de la agencia (si corresponde)		Dirección de correo electrónico	
		Nombre y dirección de la farmacia	
¿Tiene el paciente un poder de atención médica u otra forma de una directiva anticipada (MOLST, Testamento vital, DNR) ? (mayores de 18 años) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si es así, ¿WIHD tiene una copia? (requerida) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No * Si desea más información, hable con su proveedor.			
Proveedor de atención primaria	Teléfono no.	Proveedor de cuidado dental	Teléfono no.
* Si es un registro nuevo, indique el servicio solicitado: _____			
INFORMACIÓN DE LA FAMILIA/TUTOR			
Nombre del padre/madre/tutor/padre adoptivo (1)	Relación con el paciente	Teléfono del domicilio	Número de teléfono del trabajo
		()	()
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	¿Tienes tutela?		
	<input type="checkbox"/> Si Si la respuesta es Sí, ¿WIHD tiene una copia de los documentos <input type="checkbox"/> No (requerida)? Si / No		
Nombre del padre/madre/tutor/padre adoptivo (2)	Relación con el paciente	Teléfono del domicilio	Número de teléfono del trabajo
		()	()
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	¿Tienes tutela?		
	<input type="checkbox"/> Si Si la respuesta es Sí, ¿WIHD tiene una copia de los documentos (requerida)? Si / No <input type="checkbox"/> No		
Nombre de soltera de la madre (si corresponde)	Método de contacto preferido		
INFORMACIÓN DEL SEGURO (enumere todos los seguros y envíe la tarjeta de seguro o copia con el formulario)			
Medicaid no.	Medicare no.		
Compañía de Seguro privado (1)	No. de política		
Nombre del asegurado	Relación con el paciente		
Compañía de Seguro privado (2)	No. de política		
Nombre del asegurado	Relación con el paciente		



Westchester Institute
for Human Development

NOMBRE _____

Fecha de nacimiento _____

WIHD # _____

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR
ATENCIÓN Y TRATAMIENTO**

1. Por el presente autorizo a _____ a participar en la atención y el tratamiento ambulatorios en Westchester Institute for Human Development, y a los médicos, dentistas, y profesionales de la salud de la institución, al personal de enfermería, al personal paramédico, asistidos por los empleados del Instituto, a brindar la atención médica u odontológica, y a realizar los análisis y procedimientos de diagnóstico de rutina, tales como radiografías de diagnóstico, entre otros; a administrar o inyectar productos farmacéuticos y medicamentos, incluso sedantes, vacunas contra la gripe y la hepatitis y antibióticos, entre otros, cuando estuvieran indicados; y a extraer sangre en la medida en que, a criterio del personal o del médico de dicho Instituto lo consideren necesario.

Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades sobre los resultados o las conclusiones de los tratamientos o los exámenes que se me realicen en Westchester Institute for Human Development.

2. Confirмо que leí y comprendo plenamente este documento y que se me brindó la oportunidad de realizar preguntas y que todas mis preguntas se respondieron de manera satisfactoria. He eliminado y firmado con mis iniciales los procedimientos para los cuales no otorgo mi autorización.

Paciente/Familiar o tutor*

Firma del paciente o del representante personal

Nombre del paciente o representante personal

Fecha

Carácter en que actúa el representante personal

Intérprete (si fuera necesario)

Firma

Nombre

***El paciente debe firmar, a menos que sea un menor no emancipado de menos de 18 años o no tenga capacidad para comprender lo que está firmando.**

**ESTE DOCUMENTO DEBE FORMAR PARTE DEL REGISTRO MÉDICO DEL
PACIENTE.**



Westchester Institute
for Human Development

NOMBRE _____

Fecha de nacimiento _____

WIHD # _____

ACUERDOS FINANCIEROS

1. Divulgación de Información:

Por este medio autorizo y dispongo que el Instituto de Westchester para el Desarrollo Humano divulgue a las agencias gubernamentales, a los proveedores de seguros y a otras personas o entidades que son, o puedan ser económicamente responsables por mi hospitalización y asistencia médica, toda la información necesaria para justificar el pago de tal hospitalización y asistencia médica, y que permita a los representantes de esos servicios a examinar y a reproducir todos los archivos relacionados con mi cuidado y tratamiento médico.

FECHA: _____

FIRMA: _____

Paciente o persona responsable

2. Asignación de beneficios y garantía de pago:

Por este medio autorizo y dispongo que mi proveedor de seguros pague directamente al Instituto de Westchester para el Desarrollo Humano, y que por este solo medio adjudique a dicho instituto todos los derechos, título e intereses que yo pueda tener en los beneficios del seguro o en los beneficios pagaderos a mi persona o en mi nombre por los servicios que me haya prestado ese instituto. ENTIENDO QUE YO SOY RESPONSABLE ECONÓMICAMENTE AL MENCIONADO INSTITUTO POR TODOS LOS GASTOS INCURRIDOS POR MÍ O EN MI NOMBRE, INCLUSO DE AQUELLOS GASTOS QUE LOS PROVEEDORES DE SEGUROS O TERCERAS PERSONAS NO PAGUEN POR TAL CONCEPTO. Sin embargo, si el tratamiento se ha dado u ofrecido de conformidad con la ley conocida como “New York State No-Fault Law”, entiendo que mi responsabilidad está limitada a los gastos autorizados por esa ley y a los cargos u honorarios aplicables y establecidos en las tablas conocidas como “New York State No-Fault Fee schedules”. Por este medio autorizo y dispongo que el mencionado instituto y el médico que me atienda divulguen la información contenida en mis expedientes médicos que sea necesaria para completar los formularios indispensables para el pago por los proveedores de seguros médicos y otros pagadores.

FECHA: _____

FIRMA: _____

Paciente o persona responsable

SI QUIEN FIRMA ES UNA PERSONA DISTINTA AL PACIENTE, INDIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE Y LA RAZÓN POR LA CUAL ÉSTE NO HA PODIDO FIRMAR: _____

3. Seguro de Asistencia Médica:

Certifico que la información ofrecida por mí al solicitar pagos al amparo del título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier tenedor de información médica u otra información relativa a mi tratamiento, que divulgue a la Administración de Seguro Social y/o a los Centros para la Asistencia Médica y Servicios de Seguro de Medicare y Medicaid, o a sus intermediarios o representantes, la información necesaria para procesar cualquier reclamación relacionada al Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre. Destino los beneficios por servicios médicos al médico o a la organización que brinda los servicios o autorizo a tal médico u organización a presentar una reclamación al Medicare a mi nombre.

FECHA: _____

FIRMA: _____

Paciente o persona responsable

4. HE LEÍDO ESTE ACUERDO Y ENTIENDO TOTALMENTE SU NATURALEZA Y SIGNIFICADO. HE RETENIDO UNA COPIA DE ESTE ACUERDO.

FECHA: _____

FIRMA: _____

**Paciente o persona responsable
(Padre o guardián si es menor de edad)**



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. Revísela con cuidado.

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

➤ *Ver página 2 para mayor información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.*

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

➤ *Ver página 3 para mayor información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.*

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

➤ *Ver páginas 3 y 4 para mayor información sobre estos usos y divulgaciones.*

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Consulte la página 4 para obtener instrucciones.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corriamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corriamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Consulte la página 4 para obtener instrucciones.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.
- Una copia electrónica también se encuentra en www.wihd.org

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 4.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.
- Usted tiene el derecho a optar por dejar de cualquiera y todas las comunicaciones de recaudación de fondos de WiHD. Si desea darse de baja, puede enviar un correo electrónico a DevelopmentTeam@wihd.org o llame 914-493-1344

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

continúa en la próxima página

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Información del contacto

- Para cualquier petición por favor póngase en contacto con Registros Médicos por los siguientes métodos :
 - *WIHD Medical Records*
Cedarwood Hall, Second Floor
Valhalla, New York 10595
914-493-8651
MedicalRecords@wihd.org
- Si tiene preguntas específicas relacionadas con este aviso por favor comuníquese con el Oficial de Mejora Regulatoria Cumplimiento y Calidad :
 - *Compliance Office*
Cedarwood Hall, Room 308
Valhalla, New York
10595
914-493-8367
Compliance@wihd.org

Hay circunstancias especiales que requieran su autorización específica antes de compartir . Nunca compartiremos los registros de tratamiento de abuso de sustancias y la información relacionada con el VIH sin su autorización por escrito. Por favor, póngase en contacto con registros médicos o el Cumplimiento y Calidad Oficial de Mejora Regulatoria para más información.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Instruction F: Insert Effective Date of Notice here.



Westchester Institute
for Human Development

NOMBRE _____

Fecha de nacimiento _____

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

WIHD # _____

RECONOCIMIENTO

Al firmar a continuación , reconozco que se me ha facilitado una copia de este Aviso de prácticas de privacidad , por lo que han informado de cómo la información médica sobre mí puede ser usada y divulgada por el Instituto y las instalaciones enumerados al principio de este aviso, y cómo puedo obtener el acceso y el control de esta información. También reconozco y entiendo que puedo solicitar copias de los avisos separados que explican las protecciones especiales de privacidad que se aplican a la información relacionada con el VIH información, tratamiento de alcohol y abuso de sustancias, información sobre la salud mental, y la información genética.

Firma del paciente o Representante Personal

Escriba el nombre del paciente o Representante Personal

Fecha

Descripción de la autoridad del Representante Personal

Derechos del paciente para los Centros de diagnóstico y tratamiento (clínicas)

Como paciente de una clínica del estado de Nueva York, de acuerdo con la ley, usted tiene derecho a:

- (1) recibir los servicios independientemente de su edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, nacionalidad o patrocinador;
- (2) ser tratado con consideración, respeto y dignidad, lo que incluye la privacidad de su tratamiento;
- (3) ser informado sobre la disponibilidad de los servicios en la clínica;
- (4) ser informado sobre las disposiciones de la cobertura de emergencia fuera de los horarios de atención;
- (5) ser informado sobre los cambios en los servicios, los requisitos de los reintegros a terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de la atención gratuita o de costo reducido;
- (6) recibir una copia detallada de la liquidación de su cuenta cuando así lo solicite;
- (7) obtener de parte de su médico tratante o del médico en quien se delega su atención, información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se pueda esperar razonablemente que el paciente comprenda;
- (8) recibir de parte de su médico la información necesaria para aceptar el consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento que no sea de emergencia, o ambos; el consentimiento informado incluirá, como mínimo, la información relacionada con el procedimiento o tratamiento específico, o ambos, los riesgos razonables esperados y las alternativas de atención o tratamiento, si las hubiera, que un médico practicante en un caso similar divulgaría de forma que le permita al paciente tomar una decisión informada;
- (9) negarse a recibir tratamiento en la medida en que la ley lo permita y a conocer íntegramente las consecuencias médicas de esa acción;
- (10) negarse a participar en un estudio de investigación;
- (11) expresar sus quejas y sugerir cambios en las políticas y los servicios al personal de la clínica, al operador y al New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York);
- (12) expresar sus quejas sobre la atención y los servicios proporcionados y a que la clínica investigue dichas quejas. La clínica es responsable de proporcionar al paciente o a su persona designada una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días si así lo solicitara el paciente, en la cual se indiquen los resultados de la investigación. La clínica también es responsable de notificar al paciente o a su persona designada que, si el paciente no está satisfecho con la respuesta que le proporciona la clínica, podrá presentar su queja ante la New York State Department of Health's Office of Primary Health Systems Management (Oficina de Administración de Sistemas de Salud Primaria del Departamento de Salud del Estado de Nueva York);
- (13) la privacidad y confidencialidad de toda la información y los registros pertenecientes al tratamiento del paciente;
- (14) aprobar o rechazar la publicación o la divulgación del contenido de los registros médicos a algún profesional de atención médica o institución de atención médica, a menos que así lo exija la ley o un contrato con un tercero pagador;
- (15) acceder a su registros médicos de acuerdo con la Sección 18 de la Public Health Law (Ley de Salud Pública), y la Sub-Sección 50-3. Para conocer información adicional, ingrese en este enlace: http://www.health.ny.gov/publications/1449/section_1.htm#access;
- (16) autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo con su capacidad para recibir visitas; y
- (17) tomar sus propias decisiones en cuanto a las donaciones anatómicas. Puede documentar sus deseos en su formulario de representación legal para la atención médica o en una tarjeta de donante, disponibles en la clínica.



**Department
of Health**



Westchester Institute
for Human Development

NOMBRE _____

Fecha de nacimiento _____

Aceptación de la Declaración de derechos del paciente

WIHD # _____

Reconozco haber recibido una copia de la Declaración de derechos del paciente y que leí o tuve la oportunidad de leer este Aviso y que comprendo este Aviso.

Nombre del paciente (manuscrito)

Fecha

Representante autorizado (manuscrito, si corresponde)

Relación con el paciente

X

Firma del paciente o del representante autorizado



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR y/o
INTERCAMBIAR INFORMACIÓN MÉDICA
PROTEGIDA**

NOMBRE _____
DIRECCIÓN _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ C. P. _____
FECHA DE NAC. _____ N.º WIHD _____

Autorizo a que Westchester Institute for Human Development **divulgue y/o intercambie** la información médica de la persona anteriormente mencionada como se indica a continuación: (Señale las casillas correspondientes):

Registro completo Otros (especifique) _____

**Incluya (con iniciales; si corresponde) _____ Información y resultados de pruebas relacionadas con el VIH
_____ Tratamiento por alcohol o drogas**

Se le podrá divulgar la información anteriormente mencionada a quien se indica a continuación:

Nombre o Organización: _____ **Teléfono:** _____ **Fax:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **C. P.:** _____

Correo electrónico (si corresponde): _____

Autorizo a Westchester Instituto for Human Development a lo siguiente (Por favor, marque todos los que se aplican a continuación):

- Hablar de mi información médica con la Persona u Organización anteriormente mencionada.**
- Divulgar registros por escrito con la Persona u Organización anteriormente mencionada.**

La información que autorizo que se divulgue será utilizada para los siguientes fines:

- Mis registros personales Mostrársela a otros proveedores de asistencia médica cuando sea necesario.
- Mostrársela al personal escolar, incluidos los profesores y proveedores de servicios afines.
- Otros (especifique): _____

PARA QUE EL PACIENTE LEA Y FIRME:

1. Comprendo que la información de mi historial médico podrá contener información relacionada con la enfermedad de transmisión sexual síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Asimismo, podrá contener información acerca de servicios de salud mental o de comportamiento, y tratamientos por abuso de alcohol y drogas. Esto se incluirá solamente si coloco mis iniciales en la casilla correspondiente que figura arriba.
2. Si autorizo a que se divulgue información relacionada con el VIH, tratamiento por alcoholismo o drogadicción o tratamiento de salud mental, quien la reciba tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización a menos que tenga permitido hacerlo según la ley federal o estatal. Comprendo que tengo el derecho de solicitar una lista de personas que pudieran recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización.
3. Comprendo que tengo el derecho de revocar dicha autorización en cualquier momento presentándole un aviso por escrito al centro, salvo en la medida en que el programa o la persona que esté por divulgar la información ya haya procedido según lo autorizado previamente.
4. Comprendo que, una vez que se divulgue la información anteriormente mencionada, esta podrá volver a ser divulgada por quien la reciba y es posible que no esté protegida por las leyes ni regulaciones de privacidad federales.
5. Comprendo que la autorización para usar y divulgar la información anteriormente mencionada es voluntaria. Comprendo que tengo el derecho de negarme a firmar este formulario y que no hace falta que firme este formulario para asegurarme un tratamiento de asistencia médica, el pago de mi asistencia médica o la continuación de mis beneficios de asistencia médica.
6. Comprendo que WIHD tiene el derecho a cobrarme una comisión razonable para cubrir los gastos de copias, servicios postales, y suministros utilizados para cumplir con mi solicitud.
7. Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar información que se utilizará o divulgará como se especifica en este formulario y según las normas y procedimientos del Instituto. Tengo el derecho de recibir una copia de este formulario luego de que yo lo haya firmado.
8. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar esta autorización y comprendo la intención y el uso. Todas mis dudas respecto del formulario fueron respondidas de manera satisfactoria.

Firma del Paciente o Representante Personal

Nombre en letra imprenta del Paciente o Representante Personal

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

Fecha