



**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