



## Autorización para divulgar información médica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Autorizo a divulgar la siguiente información de salud protegida:

- Notas del consultorio /nombre del médico. \_\_\_\_\_
- Informes de patología  Informes de radiología  Informes de laboratorio Fecha(s): \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

El propósito de esta solicitud para la divulgación de información médica es para:

- Cuidado médico / tratamiento  Seguro  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Envíe mi información médica a: Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Entiendo que:

- Al firmar este formulario, autorizo el uso o la revelación de información de salud protegida como se indicó anteriormente.
- Puedo negarme a firmar esta autorización, lo cual no afectará mi tratamiento ni pago de la atención de salud.
- Puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento antes de que revelen la información que he solicitado mediante una notificación de revocación por escrito, como se especificó en el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad.
- Si la parte que recibe la información no está sujeta a las leyes sobre la privacidad de expedientes médicos, el destinatario puede volver a revelar la información y la ley federal o estatal puede no protegerla más. El Centro Médico de la Universidad de Columbia no se hará responsable de ninguna consecuencia que sea resultado de una nueva revelación.
- Si la información para divulgar contiene algún dato sobre el VIH/SIDA se solicitará una autorización adicional de HIPAA para divulgar información médica.
- Los registros de consumo de sustancias controladas o de bebidas alcohólicas, salud mental o psiquiatría pueden tener requisitos de conformidad adicionales que se deben cumplir antes de que se pueda divulgar la información.
- Me entregarán una copia de este formulario firmado.
- El Centro Médico de la Universidad de Columbia puede cobrar un honorario administrativo para cubrir el coste del trabajo, de las copias y del franqueo. En la consulta del médico me informarán acerca de algún costo y arreglo de pago.
- Esta Autorización vence el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ {si la fecha no se completa / un año después de firmado}

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente / representante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Si el paciente mencionado anteriormente es un menor de edad o no puede firmar y usted es el padre/la madre, el tutor legal o la persona que lo representa firmando en nombre de este paciente, por favor, firme a continuación y complete la siguiente información:

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente**

**Guarde este formulario en el expediente médico del paciente y entregue una copia al paciente.**

**Se necesita una autorización adicional (NYS DOH-2557) para revelaciones cuando sus expedientes médicos contienen información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) incluidos entre otros los resultados de las pruebas y el hecho de que se le haya realizado la prueba.**

**CERTIFIED**

to be a true and correct translation from  
English to Spanish: M.G. 05/04/09 -T  
THE HISPANIC TRANSLATION CENTER  
Columbia University Medical Center