



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN LIMITADA
DE SALUD con EL PROPÓSITO DE RECAUDAR FONDOS**

El Centro Médico de la Universidad de Columbia (CUMC) depende de la generosidad de nuestros pacientes para ayudarnos a permanecer en la vanguardia de la atención al paciente, la investigación y la educación. La ley federal requiere que los proveedores de atención de salud obtengan su autorización por escrito antes de ponerse en contacto con usted para informarle de nuestras iniciativas filantrópicas que apoyan el trabajo de nuestros médicos, y es por ello que solicitamos ahora su permiso para poder hacerlo. Dado que mantener la confidencialidad del paciente y asegurar su derecho a la privacidad sigue siendo nuestra prioridad más importante, le aseguramos de que, sin su permiso, no revelaremos ni su diagnóstico ni su tratamiento.

Le pedimos que dedique un momento para revisar la autorización y firmar al pie de este documento. Si tuviera preguntas, por favor, llame a la Oficina de Desarrollo del CUMC en el número de teléfono (212) 304-7200.

Yo autorizo al CUMC a que use **el departamento o programa en el que estoy recibiendo los servicios de atención de salud y/o el nombre de mi médico** para ponerse en contacto conmigo en relación a la información relacionada con mis necesidades personales de salud e intereses, incluyendo:

- *Nuevos avances científicos*
- *Programas de cuidado del paciente y mejoras del servicio*
- *Actividades de la comunidad, presentaciones, acontecimientos y foros de salud*
- *Oportunidades para apoyar el Centro Médico de la Universidad de Columbia*

Esta autorización nos permite personalizar nuestra comunicación con usted cuando queramos mantenerle informado sobre actividades e información relevantes sobre la salud en el Centro Médico de la Universidad de Columbia.

Solamente su médico, la Oficina de Desarrollo del CUMC o sus socios usarán esta información para discutir o mandarle a usted información sobre las oportunidades de recaudación de fondos en el CUMC.

El no firmar esta autorización no afectará de ninguna manera su tratamiento, pago o elegibilidad para recibir beneficios.

La información revelada en esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el destinatario y dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.

Esta autorización es válida hasta que el paciente o su representante autorizado la revoquen. Puede revocar esta autorización en cualquier momento o solicitar inspeccionar o recibir una copia de la información protegida de salud que se va a usar o revelar, presentando una petición por escrito a: Office of Development 100 Haven Ave, Suite 29D, N.Y. N.Y. 10032. La revocación será efectiva inmediatamente excepto en la medida en que ya se haya usado basándonos en su autorización.

Esta autorización vencerá en 20 años y usted tiene derecho a una copia de la autorización firmada.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **FECHA:** _____

FIRMA: _____

DIRECCIÓN: _____

Parentesco si no es el paciente (p.ej. el padre) _____

NOMBRE DEL MÉDICO / DEPARTAMENTO / PROGRAMA _____

