Human Resources Administration
Department of Social Services

AUTORIZACIÓN HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Nombre del Paciente:		**Número de Seguro Social:**	
Dirección del Paciente:		**Fecha de Nacimiento:**	

Yo, o mi representante autorizado, solicito(a) que información médica respecto a mi cuidado y tratamiento sea divulgada tal como se estipula en el presente formulario. Conforme al Artículo 27-F de la Ley del Estado de Nueva York de Salud Pública (New York State Public Health Law), la Regla de Intimidad de la Ley de 1996 de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 – HIPAA), y 42 U.S.C. § 290dd-2 y sus reglas de aplicación en 42 C.F.R. Part 2, entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir divulgación de información relacionada con **ALCOHOL** y **DROGADICCIÓN, TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO**, excepto notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH*** sólo si pongo mis iniciales en la línea indicada en el Artículo (Item) 10(b). Dado que la información médica definida más abajo incluya cualquier de estos tipos de datos, y de que la rúbrica con mis iniciales aparezca en la casilla en el Artículo (Item) 10(b), autorizo explícitamente la divulgación de tal información indicada en el Artículo (Item) 10(b) a la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (NYC HRA).
2. En caso de que la HRA determine que yo sea posiblemente elegible para beneficios federales por incapacidad, autorizo a la HRA para divulgar mis datos de tratamiento médico y/o psiquiátrico, lo que puede incluir información confidencial relacionada con VIH y/o expedientes de tratamiento para alcoholism o drogadicción a la Administración de Seguro Social (SSA) para su revisión de mi elegibilidad para beneficios federales por incapacidad.
3. Entiendo que yo tengo el derecho de solicitar una lista de las personas quienes pueden recibir o utilizar mis datos relacionados con VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación de información relacionada con VIH, puedo comunicarme con la División del Estado de Nueva York de Derechos Humanos (New York State Division of Human Rights) al **(212) 961-8650** o con la Comisión de la Ciudad de Nueva York de Derechos Humanos (New York City Commission of Human Rights) al **(212) 306-7450**. Sobre estas agencias recae la responsabilidad de proteger mis derechos.
4. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Ni mi tratamiento, pago a los proveedores de tratamiento, ni la inscripción en un plan médico, ni la elegibilidad para beneficios estarán sujetos a condiciones respecto a mi autorización de esta divulgación. No obstante, si yo no autorizo a la HRA para compartir mis datos médicos con la SSA, esto puede resultar en la discontinuación de mis beneficios de Asistencia en Efectivo (CA).
5. Entiendo que yo puedo cancelar esta autorización excepto en la medida que la HRA y mi proveedor médico la hayan anteriormente cumplido. Yo puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una carta al proveedor médico a la dirección especificada más abajo y a la HRA al: **NYC Human Resources Administration, Office of Constituent Services, 180 Water Street, 23rd Floor, New York, NY 10038**
6. Los destinatarios autorizados de mis datos médicos puede, en ciertas circunstancias, tener derecho a divulgar de nuevo mi documentación médica sin tener que obtener consentimiento adicional por escrito de parte mía. Entiendo que tal nueva divulgación puede carecer del amparo de la ley federal o estatal.
7. **Esta autorización no le concede a mi proveedor el derecho de tratar de mi información médica o mi caso médico con nadie excepto la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York, como se estipula en el artículo (item) 10(b).**

AUTORIZACIÓN PARA TRATAR DE INFORMACIÓN MÉDICA

8. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información: _____

_____

9. Nombre y dirección de la agencia a la cual esta información sera enviada: **NYC Human Resources Administration, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 2 Washington Street, 17th floor, New York, NY 10004**

10(a). Información específica a ser divulgada: **Expedientes médicos para todo el año previo a la fecha de la firma más abajo.**
Incluya (*Indique con sus iniciales*):

☐ Tratamiento para Alcoholismo/ Drogadicción ☐ Información Psiquiátrica ☐ Información relacionada con VIH

10(b). Mediante mis iniciales aquí _____, autorizo a _____
(Iniciales) (Nombre del proveedor de cuidado médico)
a tratar de mi información médica con la **Administración de Recursos Humanos de la Cuidad de Nueva York**.

11. Razón por la divulgación de datos: **A petición del paciente**
12. Fecha o circunstancia en que esta autorización se vencerá: **Un año desde la fecha de la firma**
13. Aparte del paciente, nombre del firmante: _____
14. Autoridad para firmar a nombre del paciente: _____

Toda la información solicitada ha sido presentada en este formulario, y mis preguntas respecto a este formulario han sido contestadas. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

_____ _____
Firma del Paciente o Representante Leglamente Responsible Fecha

***El Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. La Ley de Nueva York de Salud Pública protege la información que dentro de lo razonable puede comprometer la identidad de una persona con síntomas o infección de VIH, al igual que la información referente a los contactos de dicha persona.**