

Autorización del paciente para uso o divulgación de registros de Información médica protegida por parte de AdvantageCare Physicians

Al firmar este formulario de autorización que permite la divulgación de mi historia clínica, yo comprendo que:

- Las solicitudes de copias de historias clínicas pueden estar sujetas a un cargo de reproducción de \$6,50 por informe.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y debe presentarse ante el consultorio correspondiente de AdvantageCare Physicians. O bien, se debe enviar por correo postal al director de Administración de Información de Salud a la siguiente dirección: 55 Water Street, 12th Floor, New York, NY 10041. La revocación no se aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- A menos que sea revocada, esta autorización caducará en la siguiente fecha (o evento o condición): _____ . Si no especifico una fecha (o un evento o una condición) de vencimiento, esta autorización caducará 6 meses después de la fecha de su firma.
- Cualquier divulgación de información conlleva una posible nueva divulgación no autorizada, y es posible que la información no esté protegida por leyes federales de confidencialidad.
- Los destinatarios de información relacionada con resultados o pruebas de VIH/SIDA, registros de tratamientos por abuso de alcohol o drogas o registros de salud mental tienen prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que así lo permita la ley federal o estatal. Comprendo que tengo derecho a solicitar una justificación de divulgaciones de las personas que pueden recibir o usar mis pruebas/resultados de VIH/SIDA sin autorización. Si soy discriminado debido a la divulgación o revelación de pruebas/resultados de VIH/SIDA, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al (212) 480-2493 o a la Comisión de Derechos Humanos de Nueva York llamando al (212) 306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.
- Comprendo que la firma de esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no pueden verse condicionados por el hecho de firmar o no esta autorización.

Firma del paciente o del representante autorizado

Fecha

Nombre del paciente o del representante autorizado en letra de imprenta

Autoridad o relación del representante autorizado con el paciente

(Para uso del consultorio médico únicamente)

- Información divulgada por el consultorio médico. Cantidad de páginas divulgadas
- _____ Información que será divulgada por Verisma. Fax: 646-766-9798.

Nombre de la persona que divulga la información o envía el formulario para su procesamiento:

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Número de teléfono o interno: _____