SUNY COLLEGE OF OPTOMETRY
UNIVERSITY EYE CENTER

University Eye Center, ATTN: Medical Records
33 West 42nd Street
New York, NY 10036
Tel: (212) 938-5840
Fax: (212) 938-4177
Email: medrec@sunyopt.edu

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	NRM:
Dirección del paciente:		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que se revele la información clínica sobre mi atención y tratamiento según lo establecido en este formulario: De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Norma de Confidencialidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), entiendo lo siguiente:

1. Esta autorización puede comprender la divulgación de **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si marco la casilla correspondiente en el punto 9(a). El caso que la información clínica describe a continuación contiene **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** y marco la casilla en el punto 9(a), autorizo explícitamente la revelación de dicha información a la(s) persona(s) que se indica en el punto 8.
2. Si autorizo la revelación de información relacionada con el VIH, se prohíbe al receptor la divulgación de dicha información sin mi autorización a menos que lo permita la ley federal o estatal. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar sin autorización mi información relacionada con el VIH. Si sufro discriminación debido a la revelación o divulgación de información relacionada con el VIH, puedo ponerme en contacto con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son las responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante un parte al proveedor de salud detallado debajo. Entiendo que puedo revocar esta autorización salvo que ya se hayan tomado acciones basadas en esta autorización.
4. Entiendo que es voluntario firmar esta autorización. No se condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios según mi autorización de esta divulgación.
5. La información divulgada bajo esta autorización puede volver a ser revelada por el receptor (con excepción de lo señalado anteriormente en el punto 2) y esta revelación puede ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

6. **NOMBRE** del proveedor de salud o de la entidad para divulgar esta información: _____

DIRECCIÓN: _____

_____**TELÉFONO:** _____ **FAX:** _____

7. **NOMBRE** de la persona o entidad a quien se enviará esta información: _____

DIRECCIÓN:_____

TELÉFONO: _____ **ENVIAR:** ☐ por correo ☐ por fax _____
☐ por electrónico _____

8. a) **INFORMACIÓN ESPECÍFICA A REVELAR:**

☐ Examen más reciente ☐ Historial médico completo ☐ Receta Lentes De Contacto ☐ Receta Espejuelo

☐ Informe ☐ Historial médico desde (ingrese fecha) _____ to hasta (ingrese fecha)_____

☐ Información relacionada con el VIH

☐ Otro _____ **OR** ☐ Conversación telefónica con _____

9. **Razón para la revelación de información:**
☐ A pedido del individuo

☐ Otro: _____

10. **Esta autorización vence en un año a menos que se especifique de otra manera:**

Fecha: _____

11. **Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:** _____

Relación con el paciente: _____

Se completaron todos los elementos de este formulario y se respondieron mis preguntas sobre este formulario. Además, me han proporcionado una copia del formulario.

_____ **Fecha:** _____

Firma del paciente o representante autorizado por la ley

* Virus de inmunodeficiencia humana que causa SIDA La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que podría razonablemente identificar a alguien como poseedor de síntomas o infección del VIH e información sobre los contactos de la persona.