



The Door - Servicios de Salud
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN
 Teléfono: (212) 453-0222 | Fax: (212) 941-9614

Patient Label

Sección 1: Información del Paciente

Apellido:		Nombre:		Fecha de hoy: / /	
Dirección:			Apartamento #:	Fecha de nacimiento: / /	
Ciudad:	Estado:		Código postal:	Número de teléfono: ()	

Sección 2: Información de la Divulgación

Por la presente autorizo a **The Door - Health Services, 555 Broome St. New York, NY 10013**, a:

DIVULGAR INFORMACIÓN A o **OBTENER INFORMACIÓN DE**
(Marque con una X la opción que corresponda)

Nombre:	Centro Médico u Organización (incluya departamento):				
Dirección:			Número de teléfono: ()		
Ciudad:	Estado:		Código postal:	Número de fax: ()	

Sección 3: Motivo de la Divulgación de Información

Motivo: Autorizo la divulgación de información por el siguiente motivo:

Sección 4: Información que será Divulgada

Divulgue mis registros médicos correspondientes a las siguientes fechas: DESDE _____ HASTA _____.

Marque **SÍ** o **NO** para cada uno de los siguientes tipos de registros:

SÍ	NO		SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultados de Laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información de Vacunas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicación de Tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Métodos Anticonceptivos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____			

Sección 5: Información Sensible

Las siguientes categorías **NO** serán divulgadas sin su autorización específica. Para autorizar la divulgación, **firmé con su nombre completo** junto a la(s) categoría(s)

	Firma del Paciente	Información a Divulgar y Rango de Fechas
Información relacionada con VIH		
Tratamiento de Salud Mental		
Tratamiento y Uso de Sustancias		

Sección 6: Autorización

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información relacionada con mi atención médica sea divulgada según lo establecido en este formulario. Entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con **TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL y/o INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE VIH/ SIDA** únicamente si firmo la línea correspondiente en la Sección 5.
- Una vez divulgada, con algunas excepciones, la información puede ser redistribuida por el destinatario. Si la información divulgada incluye datos de VIH/SIDA, drogas o salud mental y firmé la autorización, el destinatario **no puede** redistribuirla a menos que la ley lo permita.
- Si experimento discriminación por la divulgación de información relacionada con VIH/SIDA, puedo contactar a la **División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York** al (888) 392-3644.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a The Door. Entiendo que no puedo revocar la autorización respecto a acciones ya realizadas basadas en mi consentimiento previo.
- Firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan médico o elegibilidad para beneficios **generalmente no dependerán** de que proporcione esta autorización. Sin embargo, entiendo que en algunos casos podría negarse cierto tratamiento si no firmo.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Esta autorización vence 12 meses después de la fecha de firma, a menos que se indique lo contrario en la Sección 5.

<i>Staff Use only</i>	<i>Staff who Received and Reviewed Form</i>	<i>Staff who Processed, and Scanned Form</i>
Date:		
Signature:		