



Autorización Para Divulgar Información

Refuah Health Center

Numero de Fax 845.354.3305

Nombre de Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Número de cuenta:
Dirección de Domicilio:	Otros nombres:	Correo electrónico:
Ciudad/Estado/Código Postal:	Número de Teléfono:	Web disponible: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Yo autorizo a Refuah Health Center a revelar información que identifique mi estado individual de salud por los siguientes medios; verbalmente, por escrito o por vía del portal del paciente, y/o para los pacientes en el siguiente listado:

Por favor liste cualquier individuo y su dirección(s):	Por favor liste cualquier proveedor/ instalación con sus dirección(s):
--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

Información Específica Solicitada:

- Toda información de salud, excepto _____
- Otros _____
(especifique) _____

Para que se indique lo siguiente; indique información específica para compartir y ponga sus iniciales.

- | | Información a Divulgar | Iniciales |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|
| <input type="radio"/> Archivos de alcohol/programa o tratamiento de drogas | | |
| <input type="radio"/> Archivos clínicos de programas de salud mental, incluyendo las notas de psicoterapias | | |
| <input type="radio"/> Archivos clínicos de salud mental, excluyendo las notas de psicoterapias | | |
| <input type="radio"/> Información relacionada con el VIH/SIDA | | |

- Periodos cubiertos: De: _____ Hasta: _____
- Otros: _____ (Por favor especifique)

- Esta información es con el propósito de usarcé para:
- Seguro
- Continuidad para tratamiento médico
- Otros
- Abogados

Por favor marque si la información se puede dejar en la máquina de correo de voz:

- Número de teléfono _____
- Otros números de teléfono _____

Esta autorización expirara 12 meses después del día que fue requerida. Esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento por medio de una nota escrita o verbal a Refuah Health Center, excepto que Refuah allá ya reenviado o liberado la autorización. Si usted firmo esta autorización Refuah Health Center no acondicionará tratamientos, pagos, inscripciones o elegibilidades para beneficios.

Esta autorización puede incluir divulgación de información relacionada con los tratamientos de alcohol y drogas, tratamientos de Salud Mental y información confidencial relacionada con el VIH/SIDA solo si se ponen las iniciales en las casillas apropiadas. En el caso de que la información de salud incluya cualquier tipo de esta información y que las iniciales estén en las casillas correspondientes que están más arriba. Yo especialmente autorizo a compartir esta información con la persona (s) indicada más arriba.

Con algunas excepciones, la información de salud compartida puede ser retractada por el recipiente. Si yo estoy autorizando a compartir información relacionadas con VIH/SIDA, tratamientos de alcohol o drogas o de salud mental, el recipiente está prohibido de re-compartir esta información o de usar esta información con cualquier otro propósito sin mi previa autorización, al menos que este aprobado por la ley federal del estado.

Si yo experimento discriminación por la liberación o la divulgación de la información relacionada con el VIH/SIDA, debo de ponerme en contacto con la División de los Derechos Humanos del estado de New York al número 1-888-392-3644. Esta agencia es la responsable de proteger mis derechos.

Firma de Paciente o Persona Autorizada:	Fecha:
Relación al Paciente o Persona Autorizada:	
Nombre Imprento:	
Testigos:	