

Patient Name:	Date of Birth:	Social Security Number (Last four digits):
Address:	Client ID Number(CIN):	Disability ID Number(DIN):

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud acerca de mi atención y tratamiento sea divulgada como se indica en este formulario. De conformidad con la New York State Law (Ley estatal de Nueva York) y al Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act (Reglamento de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996, HIPAA), comprendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el tratamiento de salud mental y abuso de alcohol y drogas, excepto por las notas de psicoterapia y la información confidencial relacionada con el VIH, a menos que marque las casillas adecuadas en la sección 9(c). En caso de que la información de salud descrita a continuación, en la Sección 9(a), incluya cualquiera de estos tipos de información, y que yo haya colocado mis iniciales en la casilla de la Sección 9(b), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicada(s) en la Sección 8.
- Si autorizo dar a conocer la información relacionada con VIH, tratamiento contra alcohol o drogas o tratamiento de salud mental, el receptor tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, salvo lo que permitan las leyes federales o estatales. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experimento discriminación debido a la publicación o divulgación de información relacionada con VIH, puedo ponerme en contacto con la New York State Division of Human Rights (División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York) llamando al (888) 392-3644 o TDD/TTY (718) 741-8300.
- Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, mediante aviso por escrito al proveedor de atención médica indicado la Sección 7. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que se haya tomado ya alguna acción con base en esta autorización. Si no ha sido revocada anteriormente, esta autorización estará vigente al terminar esta determinación/revisión o un año después de la firma de este formulario, lo que suceda primero.
- Comprendo que firmar esta autorización es voluntario. Entiendo que la Unidad Estatal de Revisión de Discapacidad necesita que se complete este formulario para recopilar la información médica necesaria para la determinación de discapacidad. Entiendo que sin esta autorización, mi elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid podría verse afectada.
- Es posible que cierta información divulgada bajo esta autorización pueda ser divulgada de nuevo por el Departamento de Salud (excepto como se indicó arriba en el inciso 2), y que puede ser que esta nueva divulgación ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
- Esta autorización no le autoriza a hablar sobre mi información de salud o de atención médica con ninguna persona que no sea la agencia gubernamental especificada en el inciso 9 (b).

7. Nombre y dirección del proveedor de salud o de la entidad autorizada a divulgar esta información:

8. Nombre y dirección de la persona, personas o de la agencia a quienes se enviará esta información:

State Disability Review Unit OCP-826, State of New York, Department of Health, Albany, NY 12237

9(a). Información específica que se divulgará:

- Expedientes médicos del _____ (fecha) al _____ (fecha).
- Todo el expediente médico, incluido el historial del paciente, notas de la oficina (salvo notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, películas, recomendaciones, consultas, registros de facturación, registros de seguro médico y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.
- Otros: _____

9(b). Autorización para hablar sobre la información médica

Al colocar mis iniciales aquí _____ Autorizo a _____
(NOMBRE DE LA PERSONA O DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA)

a que hablen sobre mi información médica con la **State Disability Review Unit**.

9(c). No otorgo mi consentimiento para la divulgación de (marque todas las casillas que correspondan):

- Tratamiento contra el abuso del alcohol/ drogas
- Información de salud mental
- Información relacionada con el VIH

10. Razón para divulgar la información:

- A solicitud de la persona individual
- Otro: _____

11. Propósito de la divulgación o del uso:

Disability Determination and Review

12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario (en letra de molde):

13. Tipo de autoridad para firmar a nombre del paciente:

Todas las secciones de este formulario han sido completadas y mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas.

Autorizo al centro o a la persona indicada en esta página para que divulgue la información médica de la persona mencionada en esta página a la Unidad Estatal de Revisión de Discapacidad del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO POR LEY

FECHA

El formulario de "Autorización para da Divulgación la Información Médica e Información Confidencial relacionada con el VIH" otorga permiso a sus proveedores de atención médica (hospitales, médicos, terapeutas, etc.) para que envíen copias de sus expedientes médicos al Equipo Estatal de Revisión de Discapacidad (State Disability Review Team). Estos expedientes médicos ayudarán al Disability Review Team a determinar si usted está discapacitado. Deberá llenar y enviar uno de estos formularios a cada uno de sus proveedores de atención médica que necesite para que envíen sus expedientes médicos.

El recuadro que se encuentra en la parte superior del formulario ya estará lleno. Si la información no es correcta, tache lo que no esté correcto y escriba la información correcta.

Antes de completar el resto del formulario, lea la información de los incisos 1 a 6 que están debajo del recuadro superior. Estos párrafos le proporcionan información sobre el tipo de información médica que puede elegir que se envía a sus proveedores de atención médica, sus derechos a otorgar autorización para la divulgación de sus expedientes médicos y cómo cancelar la autorización y a quién está autorizado a ver su información médica.

7) Coloque el nombre y la dirección del proveedor de atención médica que debe enviar los expedientes médicos al State Disability Review Team.
Llene un formulario para cada uno de los proveedores de atención médica.

8) Debe informarle al proveedor de atención médica a quién debe enviar los expedientes médicos. Este espacio estará lleno con la información del Disability Review Team.

9a) • Si desea que el proveedor de atención médica envíe los expedientes médicos de un determinado período, marque la primera casilla e ingrese las fechas de ese período. Para obtener la determinación de discapacidad se necesitan por lo menos 12 meses de expedientes médicos par el período del cual se está determinando la discapacidad.

• Si desea que el proveedor de atención médica envíe el expediente médico completo, marque la segunda casilla.

• Si desea que el proveedor de atención médica envíe cualquier otra información, marque la tercera casilla (Otros) y escriba la información que desea que envíe el proveedor de atención médica.

9b) Si desea autorizar a su proveedor de atención médica para que hable con alguien de su State Disability Review Team, coloque sus iniciales y el nombre de su proveedor de atención médica en el espacio provisto.

9c) En 9(c), marque las casillas para el tipo de información médica que su proveedor de atención médica no tiene autorización para enviar.

10) Marque la casilla si la persona solicitó la divulgación de información o marque Otro e indique la razón por la cual se hizo la solicitud.

11) El propósito de esta solicitud es para determinar o revisar un estado de discapacidad.

12) Si no es el paciente el que llena el formulario para solicitar los expedientes médicos, escriba su nombre en letra de molde.

13) Si usted es el representante legal del paciente, indique cuál es su relación con el paciente. Por ejemplo, si el paciente es un menor y usted es uno de los padres, coloque padre o madre. Si usted es el tutor legal del paciente, coloque tutor legal.

Si desea que su proveedor de atención médica envíe sus expedientes médicos, el paciente o el representante legal del paciente debe firmar y colocar la fecha en este formulario.