

10. Motivo para la divulgación de la información: <input type="checkbox"/> Por solicitud de la persona <input type="checkbox"/> Otro:	11. Fecha o evento en el que vencerá esta autorización:
12. Nombre de la persona que firma el formulario, si no es la paciente:	13. Autoridad para firmar en nombre de la paciente:

Todos los artículos de este formulario han sido completados, y mis preguntas sobre el mismo han sido respondidas; además, me han proporcionado una copia del formulario.

Firma de la paciente o de su representante autorizado por ley

Fecha: _____

***El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que provoca el SIDA. Las leyes de salud pública del estado de Nueva York protegen la información que podría identificar, razonablemente, a una persona como que padece de síntomas o que está infectada por VIH y la información sobre los contactos de una persona.**