



Planned Parenthood Hudson Peconic

<input type="checkbox"/> Huntington	755 New York Avenue	Huntington 11743	phone: (631) 427-7154	fax: (631) 427-1381
<input type="checkbox"/> Mount Vernon	6 Gramatan Ave., Ste 404	Mount Vernon 10550	phone: (914) 668-7927	fax: (914) 668-7967
<input type="checkbox"/> New Rochelle	150 Lockwood Ave., Ste LL-1	New Rochelle 10801	phone: (914) 632-4442	fax: (914) 632-4625
<input type="checkbox"/> Patchogue	450 Waverly Avenue	Patchogue 11772	phone: (631) 475-5705	fax: (631) 289-6484
<input type="checkbox"/> Riverhead	877 East Main St., Ste 109	Riverhead 11901	phone: (631) 369-0230	fax: (631) 369-5582
<input type="checkbox"/> Smithtown	70 Maple Avenue	Smithtown 11787	phone: (631) 361-7526	fax: (631) 361-7678
<input type="checkbox"/> Spring Valley	25 Parلمان Dr.	Spring Valley 10977	phone: (845) 426-7577	fax: (845) 426-6006
<input type="checkbox"/> West Islip	180 Sunrise Highway	West Islip 11795	phone: (631) 893-0150	fax: (631) 893-0146
<input type="checkbox"/> White Plains	175 Tarrytown Road	White Plains 10607	phone: (914) 761-6566	fax: (914) 948-5533
<input type="checkbox"/> Yonkers	20 South Broadway, 11 <sup>th</sup> fl.	Yonkers 10701	phone: (914) 965-1912	fax: (914) 965-8129

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		Teléfono

Yo o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario: De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psi coterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH\*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.
2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.
4. Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.
5. La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE LA(S) PERSONA(S) O AGENCIA QUE SE ESPECIFICADAS A CONTINUACIÓN.**

7.	Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información: <b>Comprobar ubicación en la parte superior</b> <b>Planned Parenthood Hudson Peconic, 570 Taxter Rd, Suite 250, Elmsford, NY 10523</b>
8.	Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se debe enviar esta información:
9(a).	Información específica a divulgar: <input type="checkbox"/> Registro médico de (insertar fecha) _____ a (insertar fecha) _____ <input type="checkbox"/> El registro médico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica. <input type="checkbox"/> Otro: _____ Incluye: (Indicar con iniciales) <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">                     _____ <b>Tratamiento de alcohol/drogas</b>                      _____ <b>Información de salud mental</b>                      _____ <b>Información relacionada con el VIH</b> </div>
<b>Autorización para discutir información médica</b> (b) <input type="checkbox"/> Coloque aquí sus iniciales _____ Yo autorizo <u>Planned Parenthood Hudson Peconic</u> para discutir mi información médica con mi abogado o con la agencia de gobierno que se indica aquí: _____ (Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia de gobierno)	
10.	Razón para divulgar la información? <input type="checkbox"/> A solicitud de una persona individual <input type="checkbox"/> Otro: _____
11.	Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:
12.	Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario: _____
13.	Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado por la ley

\_\_\_\_\_  
Fecha:



Planned Parenthood Hudson Peconic

<input type="checkbox"/> Huntington	755 New York Avenue	Huntington 11743	phone: (631) 427-7154	fax: (631) 427-1381
<input type="checkbox"/> Mount Vernon	6 Gramatan Ave., Ste 404	Mount Vernon 10550	phone: (914) 668-7927	fax: (914) 668-7967
<input type="checkbox"/> New Rochelle	150 Lockwood Ave., Ste LL-1	New Rochelle 10801	phone: (914) 632-4442	fax: (914) 632-4625
<input type="checkbox"/> Patchogue	450 Waverly Avenue	Patchogue 11772	phone: (631) 475-5705	fax: (631) 289-6484
<input type="checkbox"/> Riverhead	877 East Main St., Ste 109	Riverhead 11901	phone: (631) 369-0230	fax: (631) 369-5582
<input type="checkbox"/> Smithtown	70 Maple Avenue	Smithtown 11787	phone: (631) 361-7526	fax: (631) 361-7678
<input type="checkbox"/> Spring Valley	25 Perlmán Dr.	Spring Valley 10977	phone: (845) 426-7577	fax: (845) 426-6006
<input type="checkbox"/> West Islip	180 Sunrise Highway	West Islip 11795	phone: (631) 893-0150	fax: (631) 893-0146
<input type="checkbox"/> White Plains	175 Tarrytown Road	White Plains 10607	phone: (914) 761-6566	fax: (914) 948-5533
<input type="checkbox"/> Yonkers	20 South Broadway, 11 <sup>th</sup> fl.	Yonkers 10701	phone: (914) 965-1912	fax: (914) 965-8129

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		Teléfono

For Office Use Only:

Date Request Filled: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Identification Presented: \_\_\_\_\_