

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Para uso de la familia de servicios de Northern Rivers y las agencias miembro

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
*Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre Alias*  
Programa/ubicación \_\_\_\_\_ Año del Alta \_\_\_\_\_  
*Si corresponde*

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica concerniente a mi atención y tratamiento, incluyendo salud mental o del comportamiento, sea utilizada o divulgada como se estipula en este formulario, de acuerdo a las leyes del estado de Nueva York, la Regla de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), y las leyes y reglamentaciones federales de confidencialidad, Código de los Estados Unidos (USC, por sus siglas en inglés) 42 Á§290dd-2, Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés) 42 Parte 2.

## Nombre y dirección con letra de imprenta del proveedor o entidad que divulga la información

Nombre del individuo/agencia \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
*Número y nombre de la calle Ciudad Estado Código postal*

## Nombre y dirección con letra de imprenta de la(s) persona(s) a quien se divulgará esta información

Nombre del individuo/agencia \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
*Número y nombre de la calle Ciudad Estado Código postal*

**Nota: Se requiere identificación oficial para documentos puestos a disposición de clients.**

### Autorización para discutir información médica protegida

Al marcar este recuadro, autorizo a Northern Rivers Family of Services a **discutir** mi información médica con la persona/individuo o agencia de salud mencionada anteriormente.

### Por favor marce el recuadro a continuación si desea incluir su información relacionada con (por favor marque todos los que apliquen):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                                     | <input type="checkbox"/> Salud reproductiva                                  |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para abuso de alcohol y/o drogas | <input type="checkbox"/> Evaluación sobre abuso sexual/comportamiento sexual |

Fecha o evento en que vencerá esta autorización: \_\_\_\_\_

### Descripción de la información a ser usada o divulgada (por favor marque todos los que apliquen):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación e impresiones psiquiátricas            | <input type="checkbox"/> Evaluaciones y planes de conducta             |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psico-sociales                       | <input type="checkbox"/> Evaluaciones diagnósticas y resúmenes de caso |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas                         | <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta y tratamiento               |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones exhaustivas y familiares             | <input type="checkbox"/> Registros educativos                          |
| <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento y servicios                 | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____                     |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones medicas y/o resúmenes de tratamiento | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____                     |

### Razón por la que se divulga la información (por favor marque todos los que correspondan):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solicitud de un individuo                  | <input type="checkbox"/> Planificación para el alta |
| <input type="checkbox"/> Evaluación                                 | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____  |
| <input type="checkbox"/> Planificación de servicios y/o tratamiento | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____  |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de servicios                  | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____  |

**POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE DOCUMENTO**

**NORTHERNRIVERS**

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Mi firma abajo indica que entiendo lo siguiente:

1. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en tanto que Northern Rivers Family of Services haya tomado acción conforme a esta autorización y enviado al Oficial de Privacidad en 60 Academy Road, Albany, NY 12208 o el/la supervisor(a) del programa.
2. Esta autorización es voluntaria y Northern Rivers Family of Services no podrá condicionar el tratamiento o los beneficios a que acepte firmar esta autorización.
3. Tengo el derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.
4. Toda información divulgada conforme a esta autorización puede ser re-divulgada por el destinatario y puede no estar protegida por la ley a menos que esta información concierna al VIH/SIDA, consista de registros de un programa para el abuso de sustancias o alcohol con subsidios federales, o consista de registros para una instalación de salud mental bajo licencia del estado de Nueva York, en cuyo caso, la información puede ser re-divulgada solamente acorde a las leyes aplicables que gobiernan tal información o registros.
5. Si esta información concierna al VIH/SIDA, puedo solicitar una lista de la personas que pueden recibir mi información confidencial concerniente al VIH sin necesidad de un formulario de divulgación. Si sufro discriminación debida a la divulgación de información concerniente al VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (New York State Division of Human Rights) al 888.392.3644 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Commission on Human Rights) al 212.306.7450. Estas agencias tienen la responsabilidad de proteger mis derechos.

He leído y entiendo este formulario de autorización en su totalidad. Es posible que se requiera presentar prueba de identidad. Al firmar abajo, autorizo a Northern Rivers Family of Services a usar y/o divulgar mi información médica del comportamiento /mental protegida conforme a los términos de esta autorización.

<i>Nombre del individuo o tutor legal (por favor escriba con letra de imprenta)</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>
---	--------------	--------------

Authority to sign:     *Cliente*     *Padre/Madre*     *Tutor legal*

<i>Nombre del individuo o tutor legal (por favor escriba con letra de imprenta)</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>
---	--------------	--------------

Authority to sign:     *Cliente*     *Padre/Madre*     *Tutor legal*

<i>Nombre del proveedor de cuidados de la salud individual que solicita la información</i>	<i>Fecha</i>
--	--------------

**Si se divulga este tipo de información, se requiere consentimiento y firma de un cliente menor de edad.  
Marque todos los que apliquen:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salud mental (12 años o más de edad – Ley de Higiene Mental de NY § 33.16) | <input type="checkbox"/> Salud reproductiva |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias  | <input type="checkbox"/> Trauma sexual      |
| <input type="checkbox"/> VIH  |   |

<i>Firma del cliente menor de edad</i>	<i>Fecha</i>
--	--------------

**NOTIFICACIÓN PARA ACOMPAÑAR A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH**

This information has been disclosed to you from records protected by State law. State law prohibits you from making any further disclosure of this information without the express written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law. Any unauthorized further disclosure in violation of state law may result in a fine or jail sentence or both. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient authorization for further disclosure of t Esta información ha sido divulgada a usted a partir de registros protegidos por las leyes del estado. Las leyes del estado prohíben que usted siga divulgando esta información sin el consentimiento explícito por escrito de la persona a quien atañe esta información, o conforme lo autorice la ley. Toda divulgación no autorizada en violación a las leyes del estado puede resultar en una pena de multa o cárcel, o ambas. Una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo NO constituye autorización suficiente para seguir divulgando esta información.

**NOTIFICACIÓN PARA ACOMPAÑAR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ALCOHOL/DROGA**

Esta información ha sido divulgada a usted a partir de registros protegidos por leyes federales de confidencialidad (Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés) 42 Parte 2). Las leyes federales prohíben que usted siga divulgando esta información a menos que dicha divulgación esté explícitamente permitida por el consentimiento escrito de quien atañe esta información, o conforme lo autorice el Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés) 42 Parte 2. Una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglamentaciones federales restringen todo uso de la información para investigar o proseguir criminalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

**POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE DOCUMENTO**