

Autorización para divulgación de información de salud de conformidad con HIPAA (Authorization for Release of Health Information Pursuant To HIPAA)

NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DEL PACIENTE Y NÚMERO DE TELÉFONO	

Yo o mi representante autorizado solicitamos que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento se consulte, use y divulgue según se establece en este formulario:

De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York y las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con la **ADICCIÓN AL ALCOHOL y LAS DROGAS, TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL**, excepto notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** sólo si escribo mis iniciales en la línea correspondiente en el punto 8(a). En caso de que la información de salud descrita a continuación incluya estos tipos de información y yo escriba mi inicial en la línea del cuadro en el punto 8(a), específicamente autorizo la divulgación de dicha información a las personas indicadas en el punto 7.
2. Si autorizo a divulgar información relacionada con el VIH, los tratamientos contra la adicción a las drogas y al alcohol o los tratamientos de salud mental, el receptor de dicha información tiene prohibido volver a revelarla sin mi autorización, a menos que las leyes federales o estatales lo permitan. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que puedan recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si me discriminaran debido a la divulgación de información relacionada con el VIH, podré comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York llamando al (212) 306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento a través de una carta dirigida al proveedor de atención médica que se menciona a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, a menos que ya se hayan tomado medidas en función de esta autorización.
4. Entiendo que firmo esta autorización voluntariamente. Mi autorización para esta divulgación de información no condicionará mi tratamiento, mi pago, mi inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para obtener beneficios.
5. La información divulgada en función de esta autorización podría volver a ser divulgada por el receptor (a excepción de lo que se indica arriba en el punto 2), y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.

6. Nombre y dirección del proveedor de atención médica o de la entidad a la que se divulgará esta información:
--

6a. Si solicita sólo los resultados de laboratorio directamente de North Shore-LIJ Laboratories, escriba "North Shore-LIJ Laboratories" arriba. Proporcione la siguiente información y luego pase directamente a las Secciones 7, 9, 10, 11 y 12 y firme como se indica debajo del elemento 12.

Nombre del médico solicitante: (Ordering Physician's Name:) _____	
Información que se entregará: <u>Resultados de pruebas de laboratorio</u> (Information to Be Released: <u>Laboratory testing results</u>)	
Fecha de servicio: (Date Of Service:) ____/____/____	
Receptor autorizado:	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Designado del paciente (o padre de paciente menor no emancipado) Nombre del designado _____
<input type="checkbox"/> Médico de consulta: Nombre: _____ (Consulting Physician: Name:) Dirección: (Address:) _____	Número de teléfono: (_____) _____ (Telephone:) <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Retiro (en cualquier Centro de servicio al paciente)

El laboratorio NO PUEDE contestar preguntas en referencia a la interpretación, el diagnóstico o el tratamiento de los resultados de laboratorio. Todas las preguntas relativas a las pruebas y los resultados serán contestadas por el MÉDICO DEL PACIENTE SOLAMENTE. Los informes generalmente estarán disponibles 4 días después de que TODOS los resultados de las pruebas de laboratorio estén completos.

Iniciales del paciente o representante:

Copy 1 – Patient Medical Record
Copy 2 – Patient or Patient's Personal Representative

Authorization for Release of Health Information Pursuant To HIPAA

PATIENT NAME (PRINT)	DATE OF BIRTH
PATIENT ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER	

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be accessed, used and/or disclosed as set forth on this form:

In accordance with New York State Law and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:

1. This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL** and **DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT**, except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV*-RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 8(a). In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 8(a), I specifically authorize release of such information to the person(s) indicated in Item 7.
2. If I am authorizing the release of HIV-related, alcohol, drug treatment, or mental health related treatment information, the recipient is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that I have the right to request a list of people who may receive or use my HIV-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (212) 480-2493 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.
3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care provider listed below. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
5. Information disclosed under this authorization might be redisclosed by the recipient (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.

6. Name and address of health care provider or entity to release this information: _____

6a. If you are requesting only laboratory results directly from North Shore-LIJ Laboratories, enter "North Shore-LIJ Laboratories" above. Provide the following information and then go directly to Sections 7, 9, 10, 11 and 12 and sign as indicated below item 12.

Ordering Physician's Name: _____
 Information to Be Released: Laboratory testing results
 Date Of Service: ____ / ____ / ____

Authorized Recipient: Patient Patient's Designee (or parent of unemancipated minor patient)
 Name of Designee _____

Consulting Physician: Name: _____ Telephone: (____) _____
 Address: _____

The laboratory CANNOT answer any questions in reference to interpretation, diagnosis or treatment of laboratory results. All questions regarding testing and the results will be answered by the PATIENT'S PHYSICIAN ONLY. Reports will generally be available 4 days after ALL laboratory test result are complete.

Result option (select one) _____ Mail _____ Fax _____ Pick-Up (at any Patient Service Center)

Patient or Representative Initials:

Copy 1 – Patient Medical Record
Copy 2 – Patient or Patient's Personal Representative

Authorization for Release of Health Information Pursuant To HIPAA

7. Name, address, telephone and fax numbers of person(s) or category of person to whom this information will be sent: _____	
8. (a). Specific information to be released:	
<input type="checkbox"/> Medical Record Abstract <input type="checkbox"/> Medical Record from (insert date) _____ to (insert date) _____ <input type="checkbox"/> Designated Record Set <input type="checkbox"/> Entire Medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals and consults. <input type="checkbox"/> Other: _____	Include: (Indicate by initialing) _____ Alcohol/Drug Treatment _____ Mental Health Related Information _____ HIV-Related Information
8. (b). Authorization to Discuss Health Information	
<input type="checkbox"/> By initialing here _____ I authorize _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> Initials Name of individual health care provider </div> to discuss my health information with the individual listed: _____ <div style="display: flex; justify-content: flex-end; width: 80%; margin: 0 auto;"> Individual Name </div>	
9. Reason for release of information: <input type="checkbox"/> At request of individual <input type="checkbox"/> Other: _____	10. Date or event on which this authorization will expire: _____
11. Printed name and signature of person signing form: _____	12. Authority to sign on behalf of patient or relationship to patient: _____

All Items on this form have been completed and my questions about this form have been answered. In addition, I have been provided a copy of the form.

Patient/Agent/Relative/Guardian* (Signature)	Date / Time	Print Name	Relationship if other than patient
Telephonic Interpreter's ID # OR	Date / Time		
Signature: Interpreter	Date / Time	Print: Interpreter's Name and Relationship to Patient	
Witness to signature (Signature)	Date / Time	Print Witness Name	

* The signature of the patient must be obtained unless the patient is an unemancipated minor under the age of 18 or is otherwise incapable of signing.

*** Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts.**

Internal Use Only - Student Immunization Authorization Consent provided by _____	
Consent provided by: _____	Relationship to Patient: _____
Name of HIM Staff Member who obtained verbal consent: _____	Date Processed: _____
Internal Use Only - For North Shore-LIJ Laboratories Use Only:	
Date: ___/___/___; Time: ___:___; Personnel Name: _____; Accession #: _____	