

## Autorización para divulgación de información de salud (Authorization for Release of Health Information)

Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento
Dirección del paciente (en letra de imprenta e incluir n.º de depto.)	Número de teléfono
	Dirección de correo electrónico

1. Información de contacto del proveedor de atención médica o de la entidad que divulgará esta información:

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	

2a. Información de contacto de las personas o entidades que recibirán esta información:

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Fax:
	Correo electrónico:

2b. Método de entrega de la información:

Retiro en el centro  
  Correo  
  Fax  
  Memoria USB  
  Correo electrónico (para que se le envíe en un correo electrónico no encriptado, complete la página 3)

Oral \_\_\_\_\_ **COLOQUE SUS INICIALES AQUÍ** para autorizar a la persona o a un representante de la entidad que se especifica en la Sección 1 a hablar sobre la información de salud que se divulgará en virtud de esta Autorización con la persona o el representante de la entidad que se especifica en la Sección 2. Comprendo que, si esta Autorización abarca resultados de análisis de laboratorio, el laboratorio NO PUEDE responder preguntas en referencia a la interpretación, el diagnóstico o el tratamiento de estos resultados. Dirija todas las preguntas al MÉDICO DEL PACIENTE SOLAMENTE.

Otro método de entrega (explique): \_\_\_\_\_

3a. Información específica que se divulgará:

Resumen de historia clínica (resumen de registros)  
 Historia clínica desde (escribir fecha) \_\_\_\_\_ hasta (escribir fecha) \_\_\_\_\_  
 Historia clínica completa  
 Resultados de laboratorio de la fecha de servicio \_\_\_\_\_  
 Otra: \_\_\_\_\_

3b. Los siguientes tipos de información NO se entregarán salvo que usted o su representante autorizado coloquen sus iniciales en los lugares que corresponda a continuación:

\_\_\_\_\_ Información sobre tratamiento por abuso de sustancias (lo que incluye información sobre diagnóstico, medicamentos y dosis, análisis de laboratorio, alergias, resúmenes de antecedentes de consumo de sustancias, resumen de antecedentes sobre traumatismos, información sobre el empleo, la situación de vivienda y los apoyos sociales, y los datos de reclamos/encuentros)  
 \_\_\_\_\_ Información sobre tratamientos de salud mental  
 \_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH

4. Motivo por el cual se divulga la información:

A pedido de la persona  
  Otro: \_\_\_\_\_

**Copy 1 – Patient Medical Record**  
**Copy 2 – Patient or Patient’s Personal Representative**

## Autorización para divulgación de información de salud (Authorization for Release of Health Information)

<p>5. Yo o mi representante autorizado solicitamos que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento se consulte, use y divulgue según se indica en este formulario. De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York, la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales y las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), entiendo que:</p> <p>a. Tengo derecho a revocar esta Autorización y mi permiso para enviar información solicitada por correo electrónico no encriptado (página 3 de este documento) en cualquier momento a través de una carta dirigida al proveedor de atención médica que se menciona en la Sección 1. Entiendo que puedo revocar esta Autorización, salvo con respecto a las medidas que se hayan tomado con base en esta Autorización.</p> <p>b. 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.</p> <p>c. La información divulgada en función de esta Autorización podría volver a ser divulgada por el receptor, y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por las leyes federales o estatales. Sin embargo, si autorizo a divulgar información relacionada con tratamientos contra el abuso de sustancias, tratamientos de salud mental o el VIH, el receptor de dicha información tiene prohibido volver a revelarla sin mi autorización, a menos que las leyes federales o estatales lo permitan.</p>	
<p>6. Fecha o evento en el que vencerá esta Autorización (este campo se debe completar con una fecha o un evento):</p>	
<p>7. Paciente/representante/sustituto/tutor* (Firma):</p>	<p>8. Fecha:</p>
<p>9. Nombre en letra de imprenta de la persona que firma este formulario:</p>	<p>10. Persona autorizada para firmar en nombre del paciente o relación con el paciente (si corresponde):</p>

\* Se debe obtener la firma del paciente, a menos que este sea un menor no emancipado menor de 18 años, o carezca de la capacidad de tomar decisiones médicas. En estos casos, debe firmar el representante, sustituto o tutor.

Solo se debe usar cuando se utilicen servicios de un intérprete para completar este formulario:

N.º de identificación del intérprete telefónico (Telephonic Interpreter's ID #) O BIEN (OR)	Fecha/hora (Date/Time)	
Firma: Intérprete (Signature: Interpreter)	Fecha/hora (Date/Time)	Letra de imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente (Print: Interpreter's Name and Relationship to Patient)
Testigo de la firma (Witness to signature (Signature))	Fecha/hora (Date/Time)	Nombre del testigo en letra de imprenta (Print Witness Name)

\*\*\* Los pacientes que solicitan información por correo electrónico no encriptado deben completar el formulario de "Permiso para enviar información solicitada por correo electrónico no encriptado" (Formulario n.º VD001E).

## Permiso para enviar información solicitada por correo electrónico no encriptado

(Permission to Send Information Requested by Unencrypted E-mail)

Si solicita que se le entregue información de salud (de conformidad con el formulario de autorización n.º VD001) a través de un correo electrónico no encriptado, Northwell Health le pide que acepte y otorgue su consentimiento para lo siguiente:

Salvo que lo solicite de otro modo, los correos electrónicos que se me envíen de Northwell Health que contengan información de salud están encriptados para mantenerlos seguros durante la transmisión. Comprendo que la mayoría de los servicios de correo electrónico personales no encriptan ni protegen de otro modo los correos electrónicos; por lo tanto, comprendo que el envío de un correo electrónico sin encriptar significa que otras personas podrían tener acceso a la información y leerla una vez que se transmita por la Internet. No obstante este riesgo, autorizo a mi proveedor a transmitir la información que he solicitado mediante correo electrónico no encriptado.

Asimismo acepto que los correos electrónicos podrían ser enviados involuntariamente a la dirección equivocada y estar expuestos al mal funcionamiento técnico. Por lo tanto, comprendo que la entrega de correos electrónicos no está garantizada y puede estar sujeta a la divulgación no autorizada a terceros.

Paciente/representante/sustituto/tutor* (Firma):	Fecha:
Nombre en letra de imprenta de la persona que firma este formulario:	Persona autorizada para firmar en nombre del paciente o relación con el paciente (si corresponde):

\* Se debe obtener la firma del paciente, a menos que este sea un menor no emancipado menor de 18 años, o carezca de la capacidad de tomar decisiones médicas. En estos casos, debe firmar el representante, sustituto o tutor.

**Solo se debe usar cuando se utilicen servicios de un intérprete para completar este formulario:**

N.º de identificación del intérprete telefónico (Telephonic Interpreter's ID #) O BIEN (OR)	Fecha/hora (Date/Time)	
Firma: Intérprete (Signature: Interpreter)	Fecha/hora (Date/Time)	Letra de imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente (Print: Interpreter's Name and Relationship to Patient)
Testigo de la firma (Witness to signature (Signature))	Fecha/hora (Date/Time)	Nombre del testigo en letra de imprenta (Print Witness Name)

\*\* Para los consentimientos respecto de comunicaciones electrónicas constantes no relacionadas con la entrega de historias clínicas, utilice el formulario de "Consentimiento de Northwell Health para comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto" (Formulario n.º VD032).

## Authorization for Release of Health Information

Patient Name (Print)	Date of Birth
Patient Address (Print and include Apt#)	Telephone Number
	E-mail Address

1. Contact information of health care provider or entity to release this information:

Name:	Address:
Phone #:	

2a. Contact information of person(s) or entities who will receive this information:

Name:	Address:
Phone #:	Fax:
	E-mail:

2b. Method of delivery for release of information:

Pick-up at facility  
  Mail  
  Fax  
  USB Flash Drive  
  E-mail (to have sent by unencrypted E-mail complete page 3)

Verbal \_\_\_\_\_ **PLEASE INITIAL HERE** to authorize the person or a representative from the entity specified in Section 1 to discuss the health information being released under this Authorization with the person, or representative from the entity, specified in Section 2. I understand that if this Authorization covers laboratory testing results, the laboratory CANNOT answer any questions in reference to interpretation, diagnosis or treatment of these results. Please address all questions with the PATIENT'S PHYSICIAN ONLY.

Other method of delivery (please explain): \_\_\_\_\_

3a. Specific information to be released:

Medical Record Abstract (summary of record)

Medical Record from (insert date) \_\_\_\_\_ to (insert date) \_\_\_\_\_

Entire Medical Record

Laboratory results for date of service \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

3b. The following types of information will NOT be released unless you or your authorized representative initial in the appropriate spaces provided below:

\_\_\_\_\_ Substance Abuse Treatment Information (including diagnostic information, medications and dosages, lab tests, allergies, substance use history summaries, trauma history summary, employment information, living situation and social supports, and claims/encounter data)

\_\_\_\_\_ Mental Health Treatment Information

\_\_\_\_\_ HIV-Related Information

4. Reason for release of information:

At request of individual  
  Other: \_\_\_\_\_

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

## Authorization for Release of Health Information

<p>5. I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be accessed, used and/or disclosed as stated on this form. In accordance with New York State Law, 42 CFR Part 2 and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:</p> <p>a. I have the right to revoke this Authorization and my Permission to Send Information Requested by Unencrypted E-mail (page 3 of this document) at any time by writing to the health care provider listed in Section 1. I understand that I may revoke this Authorization except to the extent that action has already been taken in reliance on this Authorization.</p> <p>b. 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.</p> <p>c. Information disclosed under this Authorization might be redisclosed by the recipient, and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law. However, if I am authorizing the release of substance abuse treatment, mental health treatment, or HIV-related information, the recipient is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law.</p>	
<p>6. Date or event on which this Authorization will expire (this field must be completed with a date or event):</p>	
<p>7. Patient/Agent/Surrogate/Guardian* (Signature):</p>	<p>8. Date:</p>
<p>9. Printed name of person signing this form:</p>	<p>10. Authority to sign on behalf of patient or relationship to patient (if applicable):</p>

\*The signature of the patient must be obtained unless the patient is an unemancipated minor under the age of 18 or lacks capacity to make medical decisions. In these cases the Agent, Surrogate or Guardian should sign.

Only for use when interpreter services are utilized for the completion of this form:

\_\_\_\_\_  
 Telephonic Interpreter's ID # Date/Time  
 OR

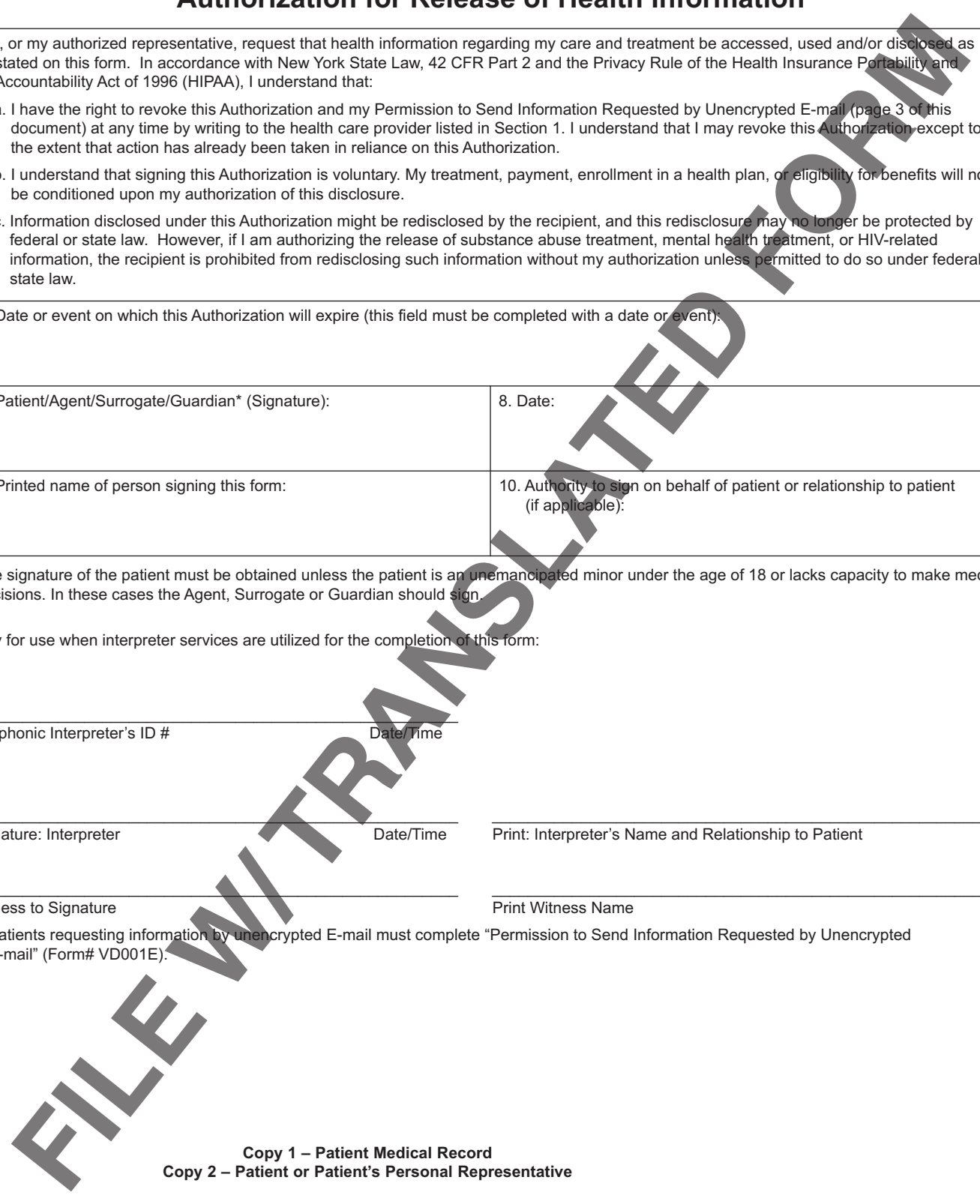
\_\_\_\_\_  
 Signature: Interpreter Date/Time

\_\_\_\_\_  
 Print: Interpreter's Name and Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
 Witness to Signature

\_\_\_\_\_  
 Print Witness Name

\*\*\*Patients requesting information by unencrypted E-mail must complete "Permission to Send Information Requested by Unencrypted E-mail" (Form# VD001E).



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

## Permission to Send Information Requested by Unencrypted E-mail

If you are requesting health information (pursuant to the attached Authorization Form# VD001) be released via unencrypted E-mail, Northwell Health asks that you acknowledge and consent to the following:

Unless I request otherwise, E-mails containing health information sent to me from Northwell Health are encrypted to keep them secure during transmission. I understand that most personal E-mail services do not encrypt or otherwise protect E-mails and, therefore, I understand that E-mail sent unencrypted means others may be able to access the information and read it once it is transmitted over the Internet. Despite this risk, I authorize my provider to transmit the information I have requested by unencrypted E-mail.

I further acknowledge that E-mails may be inadvertently sent to the wrong address and may be subject to technical malfunctions. Therefore, I understand that E-mail delivery is not guaranteed and potentially subject to unauthorized disclosure to third parties.

Patient/Agent/Surrogate/Guardian* (Signature):	Date:
Printed name of person signing this form:	Authority to sign on behalf of patient or relationship to patient (if applicable):

\*The signature of the patient must be obtained unless the patient is an unemancipated minor under the age of 18 or lacks capacity to make medical decisions. In these cases the Agent, Surrogate or Guardian should sign.

**Only for use when interpreter services are utilized for the completion of this form:**

\_\_\_\_\_  
 Telephonic Interpreter's ID #  
 OR

\_\_\_\_\_  
 Date/Time

\_\_\_\_\_  
 Signature: Interpreter

\_\_\_\_\_  
 Date/Time

\_\_\_\_\_  
 Print: Interpreter's Name and Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
 Witness to Signature

\_\_\_\_\_  
 Print Witness Name

\*\*For consent regarding on-going electronic communications not related to the release of medical records, please use the "Northwell Health Consent to E-mail and Text Communications" (Form# VD032).

FILE WITH TRANSLATED FORM