



Kaleida Health

DOWNTIME	<input type="checkbox"/> Entered into electronic record after downtime
	date _____ time _____
	initials _____

Patient Name _____		
Date of Birth _____	Admission/Visit Date _____	Site _____
Medical Record Number _____	Financial Number _____	
Patient ID Area _____		



**AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA 1 of 2**

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

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*Entendemos que la información acerca de usted y su salud es personal, y estamos comprometidos con proteger la privacidad de esa información. Debido a este compromiso, debemos obtener su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica protegida para los fines que se describen a continuación. Este formulario proporciona tal autorización y nos ayuda a asegurar que se le indique claramente acerca de cómo se utilizará o divulgará dicha información. Por favor lea este documento con atención antes de firmarlo.*



**USO Y DIVULGACIÓN QUE CONTEMPLA ESTA AUTORIZACIÓN. NO FIRME UN FORMULARIO EN BLANCO.**  
*Usted o su representante personal deberán leer las descripciones siguientes antes de firmarlo.*



**¿Quién divulgará la información?** A continuación se describen la(s) persona(s) o clase de personas autorizadas para divulgar la información.

---



---



---



**¿Quién usará y/o recibirá la información?** A continuación se describen la(s) persona(s) o clase de personas autorizadas para divulgar la información (nombre y domicilio completos).

---



---



---



**¿Qué información se usará o divulgará?** A continuación, marque las casillas correspondientes y proporcione todos los detalles posibles en la descripción para que usted (o cualquier organización que deba divulgar información respecto a esta organización) entienda qué información puede usarse o divulgarse.

La siguiente información:

---



---



La siguiente información relacionada con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (es decir, cualquier dato que indique que se le realizó un análisis de VIH, que está infectado con el VIH, que padece alguna enfermedad relacionada con el VIH, que padece el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier información que pudiera indicar que posiblemente estuvo expuesto al VIH):

---



---



**¿Cuál es el objetivo del uso o divulgación?** A continuación se describen los fines para los cuales se utilizará o divulgará la información. Las palabras "a petición de la persona" o similares significan que un paciente inicia la autorización y elige no proporcionar ninguna explicación adicional al respecto.

---



---



**¿Cuándo vencerá esta autorización?** A continuación se describe la fecha o el evento que ocasionará el vencimiento de esta autorización.





Kaleida Health

**AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA 2 of 2**

DOWNTIME	<input type="checkbox"/> Entered into electronic record after downtime
	date _____ time _____
	initials _____

Patient Name _____		
Date of Birth _____	Admission/Visit Date _____	Site _____
Medical Record Number _____	Financial Number _____	
Patient ID Area _____		



**ACUERDOS ESPECÍFICOS:** Al firmar este formulario de autorización, usted da permiso para que se use o se divulgue su información médica protegida tal como se describe anteriormente. Esta información puede divulgarse de nuevo si el/los destinatario(s) descrito(s) en este formulario no están obligados por ley a proteger la privacidad de la información, de manera que tal información ya no estuviera protegida por los reglamentos federales que rigen la privacidad de la información médica.

Si usted autoriza la divulgación de la información relacionada con el VIH, debe saber que el/los destinatario(s) tienen prohibido divulgarla nuevamente sin su autorización, a menos que se les permita hacerlo conforme a la ley federal o estatal. También tiene el derecho de solicitar una lista de personas que podrían recibir o usar su información relacionada con el VIH sin que usted lo autorice. Si experimenta algún tipo de discriminación debido a la liberación o divulgación de su información relacionada con el VIH, puede comunicarse con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al teléfono (212) 870-8624 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al teléfono (212) 566-5493. Estos organismos son responsables de proteger sus derechos.



Se entiende que cualquier divulgación estará regida conforme al Título 42, Parte 2 del Código Federal de Regulaciones (CFR), el cual rige la confidencialidad de los expedientes de los pacientes que consumen alcohol y drogas. De igual manera, quedará prohibido realizar una nueva divulgación de la información sobre el consumo de alcohol y drogas a una persona o entidad diferente a la designada anteriormente, sin su autorización adicional por escrito.



Usted tiene derecho a rehusarse a firmar esta autorización. Su atención médica, el pago de la misma y sus beneficios de atención médica no se verán afectados si no firma este formulario.

Tiene derecho a ver y copiar la información que se describe en este formulario de autorización de acuerdo con las políticas del hospital. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

Si firma esta autorización, tendrá el derecho de revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que el hospital ya haya realizado acciones con base en su autorización. Para revocar esta autorización, por favor escriba a Kaleida Health Privacy Officer, 726 Exchange Street, Suite 200, Buffalo, New York 14210.



**FIRMA:** *Leí este formulario y se respondieron todas mis preguntas al respecto. Al firmar a continuación, reconozco que leí y acepto todo lo anterior.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o su representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora



\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o su representante personal en letra de molde



\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal

**DEBE PROPORCIONARSE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO AL PACIENTE O SU REPRESENTANTE PERSONAL DESPUÉS DE QUE HAYAN FIRMADO.**

