



KALEIDA
H E A L T H

- Buffalo General Hospital
- DeGraff Memorial Hospital
- Millard Fillmore Gates Circle Hospital
- Millard Fillmore Suburban Hospital
- Women & Children's Hospital of Buffalo
- Others: _____

**AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA EL
USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN
DE SALUD PROTEGIDA 1 de 2**

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Medical Record Number: _____

Patient ID Area _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nosotros comprendemos que información acerca de usted y su salud es privada y estamos cometidos a proteger la privacidad de esa información. Por esta razón, necesitamos su permiso por escrito antes de que podamos usar o revelar información de su salud protegida, para los propósitos que se explican abajo. Esta Forma provee la autorización y nos ayuda a que usted sea propiamente informado de como será usada o revelada. Por favor, lea la información con cuidado, antes de firmarla.

USO Y REVELACIÓN CUBIERTO POR ESTA AUTORIZACIÓN: NO FIRME UNA FORMA EN BLANCO. Usted o su representante pueden leer las descripciones abajo, antes de firmar la forma.

¿Quién revelará la información? La persona, (personas) o grupo de personas autorizadas para revelar la información, son las descritas abajo.

¿Qué información será usada o revelada? Debe chequear la caja apropiada abajo y las descripciones deben ser con suficiente detalles, para que usted (o cualquiera organización que debe revelar información relacionada con esta autorización), pueda comprender la información que debe ser revelada.

La siguiente información:

La siguiente información relaciona con HIV (que es información indicando que usted ha tenido una prueba de HIV, o tiene infección de HIV, enfermedad relacionada con HIV o AIDS, o cualquier información que pueda indicar que usted ha estado potencialmente expuesto a HIV):

¿Cuál es el propósito del uso o revelación? El propósito para el que se usará la información está descrito abajo. Las palabras "a petición del individuo" es una descripción suficiente del propósito, cuando un paciente empieza la autorización y decide no dar más explicaciones del propósito.

¿Cuándo expirará esta autorización? La fecha o evento que determina la expiración de esta autorización, debe estar explicada abajo.





KALEIDA
H E A L T H

**AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA EL
USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN
DE SALUD PROTEGIDA 2 de 2**

Nombre del Paciente: _____

Fecha deciminto: _____

Medical Record Number: _____

Patient ID Area _____

COMPRESIÓN ESPECÍFICA: Firmando esta autorización, usted da permiso para el uso o revelación de su información de salud protegida, como se describe abajo. Esta información puede ser re-revelada si el que la recibe, descrito en esta forma, no esta requerido por ley a proteger la privacidad de la información y por lo tanto, la información no continúa protegida por las regulaciones Federales de protección para informaciones de salud.

Si usted esta autorizando la revelación de esta información relativa a HIV, debe saber que al que la recibe, se le prohíbe dar ninguna informació acerca de HIV sin su autorización, a menos que sea permitido bajo Ley Federal o del Estado Usted también tiene el derecho de pedir una lista de personas que pueden recibir o usar su información relacionada con HIV, sin autorización. Si usted experimenta discriminación por la liberación o revelación de información relacionada con su HIV, puede llamar a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, al (212) 870-8624, o a la. División de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York, al (212) 566-5493. Estas agencias son responsables de proteger sus derechos.

Se comprende que en cualquier revelación, están obligados por la Ley 42CFR Parte 2 que gobierna la confidencialidad del historial de pacientes que abusan drogas y alcohol y que la revelación de esta información a otra persona que no es la designada arriba, está prohibido sin su autorización adicional por escrito.

Usted tiene el derecho de negarse a firmar esta autorización. El cuidado de su salud, el pago por el cuidado de su salud y los beneficios del cuidado de su salud, no serán afectados, si usted no firma esta forma.

Usted tiene el derecho de ver y copiar la información descrita en esta forma de autorización, de acuerdo con las normas del hospital. Usted también tiene el derecho de recibir una copia de esta forma, después que la haya firmado.

Si usted firma esta autorización, usted tiene el derecho de revocarla (cancelarla) en cualquier momento, con la excepción de la acción que el hospital haya tomado, basado en su autorización. Para revocar esta autorización por favor, escriba a: Kaleida Health, Oficial de Privacidad, 726 Exchange Street, Suite 200, Buffalo, New York 14210.

FIRMA: *Yo he leído esta forma y se me han contestado todas mis preguntas acerca de la misma. Firmando en la línea de abajo, yo reconozco que he leído y aceptado todo lo descrito arriba.*

Firma del Paciente o su Representante

Fecha

Letra de Molde-Nombre del Paciente O su Representante

Descripción de la Autoridad del Representante

**EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE PERSONAL
DEBE RECIBIR UNA COPIA DE ESTA FORMA DESPUÉS QUE LA FIRME**