



Kaleida Health

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

Patient Name		
Address		Phone Number
Date of Birth	Medical Record Number	Financial Number
Patient ID Area		

Instrucciones del formulario: Deben completarse **TODAS** las secciones de este formulario.

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud relativa a mi atención sea divulgada según lo establecido por este formulario. Entiendo que:

- Esta información puede ser divulgada nuevamente si el/los destinatario(s) identificados en la sección 7 no está(n) obligado(s) por ley a proteger la privacidad de la información, y dicha información ya no está protegida por las regulaciones federales sobre privacidad de la información de salud.
- Si estoy autorizando la divulgación de tratamientos contra el alcohol o las drogas, información de salud mental o relativa a VIH colocando mis iniciales en el espacio correspondiente de la sección 8, el destinatario tiene prohibido divulgar esta información sin mi autorización salvo en casos permitidos por las leyes federales o estatales. Comprendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relativa a VIH sin autorización. Si soy sujeto a discriminación por la divulgación o emisión de información relativa a VIH, puedo contactar a la División de Derechos Humanos del Estado de New York llamando al (212) 870-8624 o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de New York llamando al (212) 566-5493. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- Tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y no se verá afectada mi atención médica ni el pago por mi atención médica, ni mis beneficios de atención médica si no firmo este formulario.
- Tengo el derecho de recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado.
- Si firmo esta autorización, tengo el derecho de revocarla en cualquier momento, excepto hasta el punto en que la organización ya haya tomado acciones respaldadas por mi autorización. Para revocar esta autorización, debo escribir al funcionario de privacidad de Kaleida Health a: Kaleida Health Privacy Officer, 726 Exchange St., Suite 200, Buffalo, New York 14210.
- ¿Quién divulgará la información?** Identifique el centro de Kaleida Health que divulgará su información.

<input type="checkbox"/> Buffalo General Medical Center/Gates Vascular Institute	<input type="checkbox"/> Millard Fillmore Gates Circle Hospital
<input type="checkbox"/> John R. Oishei Children's Hospital	<input type="checkbox"/> DeGraff Memorial Hospital
<input type="checkbox"/> Millard Fillmore Suburban Hospital	<input type="checkbox"/> HighPointe on Michigan
<input type="checkbox"/> Servicios de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Servicios Financieros
<input type="checkbox"/> Kaleida Health Clinic en _____	<input type="checkbox"/> Degraff Skilled Nursing Facility
<input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____	
- ¿Quién recibirá la información?** Introduzca el nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a la que se le enviará esta información.

1. Nombre _____	2. Nombre _____
Dirección _____	Dirección _____
_____	_____
Parentesco (si aplica) _____	Parentesco (si aplica) _____
- ¿Qué información será divulgada?** Especifique la información que será divulgada.

<input type="checkbox"/> Historia Clínica desde el (insertar fecha) _____ al (insertar fecha) _____
<input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____
Incluir (Indicar con sus iniciales): _____ Información relativa a tratamientos por alcohol y drogas
_____ Información sobre salud mental
_____ Información relativa al VIH
- ¿Cuál es la razón de esta divulgación?** Indique el motivo por el cual se divulga la información.

<input type="checkbox"/> Solicitado por el individuo
<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____
- ¿Cuándo expirará esta autorización?** Identifique la fecha o evento en el que esta autorización expirará.

FIRMA: He leído este formulario y todas mis preguntas acerca de este formulario han sido respondidas.

Firma del paciente o representante personal autorizado por ley

Fecha

Nombre en imprenta del paciente o Representante personal

Descripción de la Autoridad del Representante Personal





Kaleida Health

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

Patient Name		
Address		Phone Number
Date of Birth	Medical Record Number	Financial Number
Patient ID Area		

Instrucciones para el envío postal: Envíe el formulario completo a la dirección del establecimiento identificado en la sección N.º 6.

Buffalo General Medical Center

Medical Records
100 High Street
Buffalo, NY 14203
(716) 859-2759

Gates Vascular Institute

Medical Records
100 High Street
Buffalo, NY 14203
(716) 859-2759

Millard Fillmore Gates Circle Hospital

Medical Records
100 High Street
Buffalo, NY 14203
(716) 859-2759

Millard Fillmore Suburban Hospital

Medical Records
1540 Maple Road
Williamsville, NY 14221
(716) 568-6504

DeGraff Memorial Hospital

Medical Records
1540 Maple Road
Williamsville, NY 14221
(716) 568-6504

Kaleida Health Laboratory Services

115 Flint Road
Williamsville, NY 14221
(716) 626-7920

John R. Oishei Children's Hospital

Medical Records
100 High Street
Buffalo, NY 14203
(716) 859-2759

HighPointe on Michigan

Medical Records
1031 Michigan Avenue
Buffalo, NY 14203
(716) 748-3163

Kaleida Health Patient Financial Services

726 Exchange Street, Suite 300
Buffalo, NY 14210

DeGraff Skilled Nursing Facility

445 Tremont Street
North Tonawanda, NY 14120
(716) 690-2086

Para ubicaciones que no se enumeran arriba, pueden enviarse los formularios completos al funcionario de privacidad a: BGMC Medical Records, 100 High Street, Buffalo, NY 14203.

