



Community Health Center of the North Country

Formulario de divulgación de registros COVID

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que se divulgue la información de salud con respecto a mi atención y tratamiento como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. Información relacionada con el **tratamiento de salud mental (excepto las notas de psicoterapia), el abuso de alcohol o drogas y La información confidencial relacionada con el VIH** no se divulgará a menos que el paciente o el representante personal presente sus iniciales en la casilla 9(a). Si alguno de los registros incluye alguno de estos tipos de información y las líneas en el recuadro 9(a) están rubricadas, específicamente autorizar la divulgación de dicha información a las personas enumeradas en el recuadro 8.
2. Si he autorizado la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento por alcoholismo o drogadicción, o tratamiento de salud mental, el El destinatario tiene prohibido volver a divulgar esta información sin mi autorización, a menos que se lo permita el gobierno federal o Ley del Estado. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH con a cabo la autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación o divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York en (212) 306-7450.
3. Tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica que se indica a continuación, excepto por información que ya ha sido divulgada con respecto a este formulario.
4. Entiendo que firmar esta autorización es voluntario y mi tratamiento y la información de pago no se verán afectados.
5. El destinatario puede volver a divulgar la información divulgada en virtud de esta autorización, excepto para el **tratamiento de salud mental (excepto notas de psicoterapia), abuso de alcohol o drogas e información confidencial relacionada con el VIH**, y esta nueva publicación puede que ya no esté protegido por la ley federal o estatal.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA A DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O ATENCIÓN MÉDICA CON CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA EL ABOGADO, LA AGENCIA GUBERNAMENTAL O EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIFICADOS EN EL ARTÍCULO 9 (b).**

7. Nombre y dirección del proveedor de salud o entidad para divulgar la información:

COMMUNITY HEALTH CENTER OF THE NORTH COUNTRY

8. Nombre y dirección de la (s) persona (s) a donde se enviará la información:

9. Información específica que se publicará:

RESULTADOS COVID

10. Motivo de la divulgación de información:

A SOLICITUD DE INDIVIDUO

11. Fecha o evento en el que caducará esta autorización:

12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:

13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se han completado todos los elementos de este formulario y se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por ley

Fecha