



Authorization Form General

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

FOUR WINDS - WESTCHESTER

800 Cross River Road

Katonah, New York 10536

TELÉFONO: (914) 763-8151

FAX: (914) 763-0950

Yo autorizo Four Winds a obtener de y / o revelerle a:

Persona / Agencia / Escuela:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Teléfono:

Fax:

La Información Específica que se debe Revelar es:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Historial y Exámenes Médicos, Pruebas de Laboratorio, otra Información Médica |
| <input type="checkbox"/> Fechas de ingreso y / o alta | <input type="checkbox"/> Solicitudes |
| <input type="checkbox"/> Evaluación previa al Ingreso / Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Apuntes sobre los Avances |
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta | <input type="checkbox"/> Material Didáctico / Informes Académicos Verbales |
| <input type="checkbox"/> Comunicación Verbal / por Escrito para el Alta | <input type="checkbox"/> Todo el Arriba |
| <input type="checkbox"/> Pruebas Psicológicas | <input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH, si es aplicable |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psico-social | <input type="checkbox"/> Otros (indicar): _____ |

Esta información se usará para el(los) siguiente(s) fin(es):

- Evaluación y Continuación del Tratamiento
- Coordinación de la Atención Médica
- Nivel Escolar / Otros Asuntos Escolares / Facturación al Distrito Escolar de la Enseñanza Recibida
- Otros (indicar): _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento con tan sólo presentar una revocación por escrito ante el Departamento de Archivos Médicos (Medical Records Department). La referida revocación no tendrá pertinencia en el caso de información ya entregada en respuesta a esta autorización. También entiendo que la revocación no tendrá pertinencia en el caso de mi compañía de seguros toda vez que la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación de acuerdo con lo estipulado en mi póliza. Esta autorización vencerá en un año contado a partir de la fecha de la firma que aparece abajo y puede usarse hasta tal fecha tanto para una sola entrega de información como para entregas de información periódicas.

En caso de que la entrega de información responda a fines didácticos, entiendo que el destinatario podría ser el distrito escolar donde reside mi hijo, cualquier escuela ubicada dentro del distrito escolar donde reside mi hijo y una escuela a la que mi hijo asista financiada por el distrito escolar donde el mismo resida. Para entregar información a cualquier otra escuela o entidad didáctica se precisa de otra autorización.

Entiendo que la autorización a revelar esta información es un acto voluntario. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que tal negativa a firmar no afectará mi capacidad para recibir tratamiento. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que cualquier entrega de información conlleva la posibilidad de que el destinatario la revele nuevamente sin autorización y que además exista la posibilidad de que la referida información no goce de la protección de las reglas federales sobre privacidad ni de las leyes del estado de Nueva York.

Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la Division de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

En caso de que firme el Tutor Legal, Relación con el Paciente

Firma del Miembro del Personal que Entrega la Información

Cargo

Entregada en Fecha