AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
AUTHORIZATION FOR OBTAINING/RELEASING INFORMATION – Spanish

Nombre del cliente	Fecha de nacimiento
Dirección del cliente	Número de teléfono del cliente

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la informacion medica sobre mi atencion y tratamiento se divulgue segun lo establecido en este formulario. De conformidad con la Ley del Estado de Nueva York y la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Medico de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. Esta autorizacion puede incluir la divulgacion de informacion relacionada con el tratamiento del alcoholismo y las drogas, el tratamiento de la salud mental, excepto las notas de psicoterapia, y la informacion confidencial relacionada con el VIH, solo si yo o mi representante autorizado marcamos estos puntos en el punto 11a. Si marcamos el punto 11a, yo o mi representante autorizado autorizamos especificamente la divulgacion de dicha informacion a la persona/agencia indicada en el punto 10.
2. Si yo o mi representante autorizado autorizamos la divulgacion de informacion sobre tratamiento de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental o VIH, el destinatario tiene prohibido divulgar dicha informacion sin mi autorizacion, a menos que la ley federal o estatal lo permita. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi informacion sobre VIH sin autorizacion. Si sufro discriminacion debido a la divulgacion de informacion sobre VIH, puedo comunicarme con la Division de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o con la Comision de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
3. Esta autorizacion no permite a Astor discutir verbalmente ni enviar informacion por correo electronico con nadie que no sea la persona o agencia que se indica a continuacion.
4. Esta autorizacion es valida hasta que el cliente sea dado de alta del programa, cumpla 18 anos (si era menor de edad al momento del ingreso) o hasta que yo o mi representante autorizado la revoquemos. Al cumplir los 18 anos, Astor actualizara esta autorizacion con base en la autorizacion directa del cliente
5. Yo o mi representante autorizado podemos revocar esta autorizacion en cualquier momento mediante una solicitud escrita o completando un formulario de revocacion de autorizacion para obtener / divulgar informacion (no se aplica a informacion ya divulgada).
6. Yo o mi representante autorizado entendemos que firmar esta autorizacion es voluntario; el tratamiento, el pago, la inscripcion en los programas de Astor o la elegibilidad para los servicios no se determinaran en funcion de mi autorizacion de divulgacion
7. La informacion divulgada bajo esta autorizacion puede ser divulgada nuevamente por el destinatario (excepto como se indica en el punto 2 anterior), y esta divulgacion puede ya no estar protegida por la ley federal o estatal.
8. Esta autorizacion no autoriza a Astor a discutir mi informacion de salud o atencion medica con nadie que no sea el abogado o la agencia gubernamental especificada en el n. 12c
9. Yo o mi representante autorizado autorizamos a Astor a ☐ divulgar y / o ☐ ecibir informacion con la persona / agencia que se indica a continuacion:

10. Nombre de la persona o agencia a quien/de quien se divulgará/recibirá esta información:	
Dirección	Número de teléfono

11a. Autorizo la divulgación de información relacionada con:
☐ Tratamiento de salud mental, *excluye notas de psicoterapia* (debe poner sus iniciales aquí) _____
☐ Tratamiento de alcohol / Drogas (debe poner sus iniciales aquí) _____
☐ Informacion relacionada con el VIH (debe poner sus iniciales aquí) _____

11b. Información que se debe divulgar/recibir:
☐ Registro completo
O
Specific information:
☐ Historia social ☐ Información académica/Comportamiento escolar ☐ Resumen de alta
☐ Formularios de admisión ☐ Evaluación/Pruebas psicológicas ☐ Plan de tratamiento/Revisiones
☐ Evaluación psiquiátrica ☐ Información de salud física ☐ Información sobre medicamentos
☐ Otro: _____

12a. Autorización para discutir verbalmente (en persona o por teléfono) información médica protegida:
Inicializando aquí _____ Yo o mi representante autorizado autorizamos a Astor a discutir verbalmente mi información de salud con la persona/agencia mencionada anteriormente.

12b. Autorización para enviar por correo electrónico/fax y discutir por correo electrónico información médica protegida:
Inicializando aquí _____ Yo o mi representante autorizado autorizamos a Astor a enviar por correo

electrónico o fax, y a discutir por correo electrónico (si corresponde), la información médica del cliente con la persona o agencia mencionada anteriormente. Astor utiliza medidas razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada y recibida por correo electrónico o fax. Sin embargo, esta protección no se puede garantizar. Astor no se responsabiliza por la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por un uso indebido intencional o negligente por parte de Astor.

_____
(Dirección de correo electrónico y/o número de fax de la persona/agencia indicada en el punto 10 anterior)

12c. Autorización para discutir información de salud:
Inicializando aquí _____ Autorizo a Astor Services a discutir mi información de salud (específica a la información identificada en esta autorización) con mi abogado o una agencia gubernamental, que se indica aquí:
_____

13. Esta información se divulga con el propósito de:

☐ Atención o tratamiento inicial/continuo ☐ Litigio ☐ Otro:_____
☐ Planificación del tratamiento ☐ Referencia de médicos/servicios
☐ Evaluación ☐ Seguimiento de la referencia

14. Esta autorizacion ha sido revisada conmigo o con mi representante autorizado y se han respondido todas las preguntas; ademas, yo o mi representante autorizado podemos solicitar una copia de este formulario.

Se requiere verificación de identidad. Por favor, proporcione una copia de la identificación con foto del cliente o representante autorizado, o solicite la firma de un testigo (abajo).

_____ _____
Firma del Cliente o Representante Autorizado Fecha

_____ _____
Nombre de la persona que firma el formulario Autoridad para firmar en nombre del cliente

_____ _____
Firma del testigo (no es necesaria si se proporciona identificación con fotografía) Fecha

Instrucciones para completar este formulario:

- Este formulario debe completarse en su totalidad o no será válido.
- El nombre del cliente, la fecha de nacimiento, la dirección y el número de teléfono se requieren en la parte superior del formulario.
- Un cliente (mayor de 18 años)/representante autorizado (partes aprobadas) debe completar este formulario.
- Una de estas partes aprobadas debe marcar una o ambas casillas del punto 9.
- En el número 10 se debe completar la agencia y/o el nombre de la persona que divulgará u obtendrá esta información; esto debe incluir la dirección y el número de teléfono.
- Los elementos bajo el n.° 11a deben ser INICIADOS por el cliente (mayor de 18 años)/representante autorizado para que se divulgue la información.
- Es necesario completar el formulario #12a.
- El número 12b es una autorización opcional para enviar correos electrónicos o faxes. La dirección de correo electrónico o el número de fax correspondientes deben indicarse en la línea.
- #12c es una autorización opcional.
- Se debe marcar al menos una casilla bajo el número 13 para que este formulario sea válido.
- Todas las secciones del punto 14 deben completarse completa y legiblemente: firma, nombre en letra imprenta, autorización para firmar (p. ej., madre, padre, etc.) y fecha. Si no se proporciona identificación con foto, se debe completar el nombre del testigo y su fecha.
- Si no se completan todos los elementos requeridos en este formulario, éste será devuelto para correcciones.
- Si el cliente (mayor de 18 años)/representante autorizado desea revocar esta autorización, deberá completar un formulario de revocación de autorización para obtener/divulgar información.