



**AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION/MEDICAL RECORDS  
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA/HISTORIAS CLÍNICAS**

Se necesita una autorización adicional (NYS DOH-2557) para las divulgaciones, cuando su historia clínica contiene información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), incluidos entre otros resultados de análisis y el hecho de que se le haya realizado el análisis.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
La Ciudad Estado Código postal

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera u otro nombre \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo a (marque el centro) o a otro proveedor de asistencia sanitaria (especifique):

Columbia University Medical Center  Weill Cornell Medical Center  Westchester Division  Otro \_\_\_\_\_

a revelar (marque una)  Información de salud protegida y/o  Información de salud protegida sensible (consulte las definiciones en la parte de atrás) correspondiente a mi:

Ingreso en el hospital (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Consulta ambulatoria (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Consulta en el Servicio de Urgencia (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Ingreso como paciente externo/ambulatorio (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de la siguiente información de mi historia clínica (marque donde corresponda, indique tipo y fecha):

Vacunas \_\_\_\_\_  Informes de análisis clínicos \_\_\_\_\_  Informes radiológicos/otros estudios por imagen \_\_\_\_\_

Resumen de alta \_\_\_\_\_  Documentación clínica \_\_\_\_\_  Informes de anatomía patológica \_\_\_\_\_

Otra (describa) \_\_\_\_\_

De mi historia clínica a:

Nombre de la persona u organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. Nº \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (código del área y número): \_\_\_\_\_

El propósito o los propósitos para los que se autoriza la divulgación (marque donde corresponda):

Atención médica  Seguro  Vacunación  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Comprendo que:

1. El tratamiento y el pago no estarán condicionados al hecho de que autorice cada divulgación solicitada por el NewYork-Presbyterian Hospital.
2. Puedo examinar o recibir una copia de la información de salud protegida descrita por esta autorización después del pago de una tarifa razonable.
3. Esta autorización es voluntaria y tengo el derecho de negarme a firmarla.
4. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación de revocación por escrito como se especifica en la Notificación de normas de privacidad, no obstante, dicha revocación no afectará a ninguna acción tomada por el NYPH basada en esta autorización antes de la recepción de mi revocación por escrito.
5. Esta autorización caducará el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (llene la fecha si es menos de 1 año) o al año de haber sido firmada.
6. La información divulgada de acuerdo con esta autorización, **excepto** la información protegida por los reglamentos estatales y/o federales sobre la confidencialidad de los registros de alcoholismo y drogadicción, VIH y salud mental, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de quien la recibe y no seguir estando protegida por los reglamentos federales de privacidad u otras leyes federales o estatales pertinentes.
7. Mi historia clínica puede contener información de análisis genéticos, incluso resultados de análisis.
8. Esta autorización también se aplica a los pacientes con diagnósticos relacionados con el alcoholismo o la drogadicción, protegidos por el Título 42 del Código de Reglamentos Federales, (consulte la descripción en la parte de atrás).

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo/representante personal (por ej. tutor) Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si lo firma el representante personal, relación con el paciente, nombre en letra de imprenta

**Testigo o notario (si la información va a ser divulgada a un abogado o a la Corte, esta autorización debe ser certificada por un notario).**

### **DEFINICIONES**

1. "Información de salud protegida" (PHI): es la información sobre un paciente, incluso la información demográfica que puede identificarlo, que es relativa al estado de salud mental o física pasado, presente o futuro del paciente, que está relacionada con los servicios de asistencia sanitaria o con el pago por dichos servicios.
2. "Información de salud protegida sensible" (SPHI): significa información de salud protegida que tiene que ver con (i) la situación de un individuo con respecto al VIH o el tratamiento de un individuo por una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA\*, (ii) y la condición de drogadicto de un individuo o el tratamiento de un individuo debido a una enfermedad psíquica.

\*Se necesita una autorización adicional (NYS DOH-2557) para las divulgaciones cuando su historia clínica contiene información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) incluidos entre otros el resultado del análisis y el hecho de que se le haya realizado el análisis.

---

### **PARA LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO O LA DROGADICCIÓN**

1. Estoy informado de que el Título 42 del Código de Reglamentos Federales protege la confidencialidad de los registros de pacientes con diagnósticos relacionados con el alcoholismo y la drogadicción.
2. De acuerdo con el Título 42 cualquier persona que reciba este tipo de información de mi historia clínica que establezca que soy esa clase de paciente, no puede mostrar esta información a ninguna otra persona sin mi autorización por escrito.
3. Toda la información divulgada con mi autorización por escrito, estará acompañada de una declaración que diga a la persona que reciba la información que no puede mostrársela a ninguna otra persona, a menos que yo le dé mi autorización por escrito.

---

#### **Unidades de correspondencia médica**

NewYork-Presbyterian Hospital / Weill Cornell Medical Center  
525 East 68th Street  
Box 126  
Room Payson-04  
New York, NY 10065-4879  
(212) 746-0530

NewYork-Presbyterian Hospital / Columbia Presbyterian Medical Center  
Morgan Stanley Children's Hospital of NewYork-Presbyterian Hospital (CHONY)  
The Allen Pavilion  
622 West 168th Street  
Room PH1-040B  
New York, NY 10032  
(212) 305-3270 or (212) 305-5095

NewYork-Presbyterian Hospital / Westchester Division  
21 Bloomingdale Road  
Hall H, Room 006  
White Plains, NY 10605  
(914) 997-5725



**AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION/MEDICAL RECORDS**  
**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA/HISTORIAS CLÍNICAS**

Se necesita una autorización adicional (NYS DOH-2557) para las divulgaciones, cuando su historia clínica contiene información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), incluidos entre otros resultados de análisis y el hecho de que se le haya realizado el análisis.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
La Ciudad Estado Código postal

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera u otro nombre \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo a (marque el centro) o a otro proveedor de asistencia sanitaria (especifique):

Columbia University Medical Center  Weill Cornell Medical Center  Westchester Division  Otro \_\_\_\_\_

a revelar (marque una)  Información de salud protegida y/o  Información de salud protegida sensible (consulte las definiciones en la parte de atrás) correspondiente a mi:

Ingreso en el hospital (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Consulta ambulatoria (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Consulta en el Servicio de Urgencia (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Ingreso como paciente externo/ambulatorio (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de la siguiente información de mi historia clínica (marque donde corresponda, indique tipo y fecha):

Vacunas \_\_\_\_\_  Informes de análisis clínicos \_\_\_\_\_  Informes radiológicos/otros estudios por imagen \_\_\_\_\_

Resumen de alta \_\_\_\_\_  Documentación clínica \_\_\_\_\_  Informes de anatomía patológica \_\_\_\_\_

Otra (describa) \_\_\_\_\_

De mi historia clínica a:

Nombre de la persona u organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. Nº \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (código del área y número): \_\_\_\_\_

El propósito o los propósitos para los que se autoriza la divulgación (marque donde corresponda):

Atención médica  Seguro  Vacunación  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Comprendo que:

1. El tratamiento y el pago no estarán condicionados al hecho de que autorice cada divulgación solicitada por el NewYork-Presbyterian Hospital.
2. Puedo examinar o recibir una copia de la información de salud protegida descrita por esta autorización después del pago de una tarifa razonable.
3. Esta autorización es voluntaria y tengo el derecho de negarme a firmarla.
4. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación de revocación por escrito como se especifica en la Notificación de normas de privacidad, no obstante, dicha revocación no afectará a ninguna acción tomada por el NYPH basada en esta autorización antes de la recepción de mi revocación por escrito.
5. Esta autorización caducará el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (llene la fecha si es menos de 1 año) o al año de haber sido firmada.
6. La información divulgada de acuerdo con esta autorización, **excepto** la información protegida por los reglamentos estatales y/o federales sobre la confidencialidad de los registros de alcoholismo y drogadicción, VIH y salud mental, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de quien la recibe y no seguir estando protegida por los reglamentos federales de privacidad u otras leyes federales o estatales pertinentes.
7. Mi historia clínica puede contener información de análisis genéticos, incluso resultados de análisis.
8. Esta autorización también se aplica a los pacientes con diagnósticos relacionados con el alcoholismo o la drogadicción, protegidos por el Título 42 del Código de Reglamentos Federales, (consulte la descripción en la parte de atrás).

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo/representante personal (por ej. tutor) Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si lo firma el representante personal, relación con el paciente, nombre en letra de imprenta

Testigo o notario (si la información va a ser divulgada a un abogado o a la Corte, esta autorización debe ser certificada por un notario).

## **DEFINICIONES**

1. "Información de salud protegida" (PHI): es la información sobre un paciente, incluso la información demográfica que puede identificarlo, que es relativa al estado de salud mental o física pasado, presente o futuro del paciente, que está relacionada con los servicios de asistencia sanitaria o con el pago por dichos servicios.
2. "Información de salud protegida sensible" (SPHI): significa información de salud protegida que tiene que ver con (i) la situación de un individuo con respecto al VIH o el tratamiento de un individuo por una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA\*, (ii) y la condición de drogadicto de un individuo o el tratamiento de un individuo debido a una enfermedad psíquica.

\*Se necesita una autorización adicional (NYS DOH-2557) para las divulgaciones cuando su historia clínica contiene información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) incluidos entre otros el resultado del análisis y el hecho de que se le haya realizado el análisis.

---

## **PARA LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO O LA DROGADICCIÓN**

1. Estoy informado de que el Título 42 del Código de Reglamentos Federales protege la confidencialidad de los registros de pacientes con diagnósticos relacionados con el alcoholismo y la drogadicción.
2. De acuerdo con el Título 42 cualquier persona que reciba este tipo de información de mi historia clínica que establezca que soy esa clase de paciente, no puede mostrar esta información a ninguna otra persona sin mi autorización por escrito.
3. Toda la información divulgada con mi autorización por escrito, estará acompañada de una declaración que diga a la persona que reciba la información que no puede mostrársela a ninguna otra persona, a menos que yo le dé mi autorización por escrito.

---

### **Unidades de correspondencia médica**

NewYork-Presbyterian Hospital / Weill Cornell Medical Center  
525 East 68th Street  
Box 126  
Room Payson-04  
New York, NY 10065-4879  
(212) 746-0530

NewYork-Presbyterian Hospital / Columbia Presbyterian Medical Center  
Morgan Stanley Children's Hospital of NewYork-Presbyterian Hospital (CHONY)  
The Allen Pavilion  
622 West 168th Street  
Room PH1-040B  
New York, NY 10032  
(212) 305-3270 or (212) 305-5095

NewYork-Presbyterian Hospital / Westchester Division  
21 Bloomingdale Road  
Hall H, Room 006  
White Plains, NY 10605  
(914) 997-5725