Four Winds Hospital

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

FOUR WINDS HOSPITAL

Envíe la solicitud a la ubicación de la que desea obtener la información o a la que desea divulgarla:

Westchester

800 Cross River Road
Katonah, NY 10536
Teléfono: (914) 763-8151
Fax: (914) 763-0950

Saratoga

30 Crescent Avenue
Saratoga Springs, NY 12866
Teléfono: (518) 584-3600
Fax: (518) 580-1514

Autorizo a Four Winds Hospital a obtener información o divulgar información a:

Persona/organismo/escuela:

Dirección:

Código postal:

Teléfono: Fax:

Cubre el período de atención médica: ☐Ingreso hospitalario más reciente ☐Último año ☐Todos los ingresos hospitalarios

O bien ☐Desde la fecha: _____ Hasta la fecha: _____

A menos que se especifique un período, la siguiente información se proporcionará solo sobre el ingreso al hospital más reciente.

La información específica que se divulgará es:

- ☐ Diagnóstico
- ☐ Fechas de ingreso o alta
- ☐ Evaluaciones integrales o evaluación psiquiátrica
- ☐ Resumen de alta
- ☐ Comunicación verbal o escrita para el alta
- ☐ Pruebas psicológicas
- ☐ Evaluación psicosocial
- ☐ Médica: anamnesis y exploración física, laboratorios, ECG, otro tipo de información médica
- ☐ Solicitudes
- ☐ Notas de progreso
- ☐ Resumen educativo, materiales o informes académicos verbales
- ☐ Información relacionada con el VIH, si corresponde
- ☐ Historia clínica completa
- ☐ Otra (especificar):_____

Esta información se utilizará para los siguientes propósitos:

- ☐ Evaluación y tratamiento continuo, o atención coordinada
- ☐ Determinación del nivel educativo, otras inquietudes educativas o facturación al distrito escolar por educación
- ☐ Legal, sobre la custodia, para un tribunal, sobre la libertad condicional
- ☐ Otra (especificar):_____

Four Winds Hospital es un sistema de dos hospitales, compuesto por los hospitales para pacientes internados Four Winds Westchester y Saratoga, programas de hospitalización parcial y programas intensivos para pacientes ambulatorios. Entiendo que la autorización de esta divulgación se aplica a ambos hospitales en todos los niveles de atención. Entiendo que no se necesita otro formulario de autorización para intercambiar información médica confidencial entre ambos hospitales en todos los niveles de atención con fines de tratamientos, pagos y operaciones.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una revocación por escrito al Medical Records Department (Departamento de Historias Clínicas). La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. También entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo conforme a mi póliza. Esta autorización vencerá en un año a partir de la fecha de firma a continuación y puede usarse hasta ese momento para una divulgación única o para la divulgación periódica de información.

Si la divulgación es para fines educativos, entiendo que el destinatario puede ser el distrito escolar de origen de mi hijo, cualquier escuela dentro del distrito escolar de origen y una escuela a la que asiste mi hijo que esté financiada por el distrito escolar de origen. La divulgación a cualquier otra escuela o entidad educativa requiere una autorización aparte.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información es voluntario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi derecho a obtener tratamiento. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada por parte del destinatario, y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de privacidad o por la ley de Nueva York.

Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, el destinatario tiene prohibido divulgar nuevamente dicha información sin mi autorización, a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación o publicación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la New York State Division of Human Rights (División de Derechos Humanos del estado de Nueva York) al (212) 480-2493 o con la New York City Commission of Human Rights (Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York) al (212) 306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.

Si lo firma un tutor legal, indicar relación con el paciente	Fecha

Firma del paciente o tutor legal	Firma del empleado que divulga la información	
	Cargo	Fecha de publicación

HIM: documente todas las divulgaciones en Disclosure Management.