

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____
(nombre del paciente) (dirección) (fecha de nacimiento)

por este medio autorizo _____ a divulgar información
(nombre del médico)

contenida en mi historia clínica (excepto notas psicoterapéuticas) creada por el prestador mencionado arriba a la o las personas u organizaciones enumeradas a continuación para fines de evaluación, tratamiento, manejo de información y servicios de pago relacionados con mi participación en el Centro de Recursos para Problemas con el Juego.

1. Nombre y dirección de la o las personas u organizaciones a las que se realizará la divulgación:

Consejo de Nueva York sobre Problemas con el Juego

Oficina Estatal de Nueva York de Servicios y Apoyos a las Adicciones

Queda prohibida la redivulgación de estos registros por parte del receptor sin mi autorización, a menos que así lo permita la ley estatal o federal.

Esta **autorización de divulgación de información confidencial** entrará en vigencia en la fecha de la firma a continuación, y esta **autorización**, que autoriza específicamente la divulgación de información de salud protegida por parte de Nombre del médico, se mantendrá vigente hasta 60 días después del alta por parte de Nombre del médico, en cuyo momento esta **autorización** quedará automáticamente revocada. Retengo el derecho de revocar esta **autorización** en cualquier momento al proporcionar una **notificación escrita** a Nombre del médico, pero entiendo y acepto que mi consentimiento a la divulgación de información permanecerá vigente hasta que el Departamento de Registros estampe la fecha de la revocación, y todo documento que se divulgue antes de esa fecha se considerará autorizado y aprobado por mí. También entiendo que cualquier divulgación/consentimiento debe cumplir con la ley estatal de Nueva York y la Ley de Portabilidad de Seguro de Salud y Responsabilidad de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), y que queda prohibida toda nueva divulgación de esta información a cualquier tercero aparte del o de los designados sin una nueva autorización de mi parte.

Firma del cliente o participante

Firma del representante

Nombre impreso del cliente o participante

Nombre impreso del representante

Otorgado a los _____ días de _____ 20_____.