

Instrucciones: Complete todas las secciones que correspondan y presente el formulario al New York Blood Center (Banco de sangre de Nueva York) por correo postal, correo electrónico o por fax:

Correo postal:

New York Blood Center Attn: Privacy Officer
 301 East 67th St., New York, NY 10065

Correo electrónico:

PrivacyOfficer@nybc.org

Fax:

516-478-5040

Información del paciente escriba en letra de imprenta:

Primer nombre:	Apellido:	Inic. 2do nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Apto. #:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Número(s) de teléfono:		Dirección de correo electrónico preferida:	

Por medio de la presente autorizo y doy mi consentimiento a New York Blood Center y a sus respectivos agentes y empleados a que proporcionen el historial médico mencionado a continuación a las siguientes personas, agencias u organizaciones:

1	Nombre:	Dirección:
	Número de teléfono:	Fax: Correo electrónico:
2	Nombre:	Dirección:
	Número de teléfono:	Fax: Correo electrónico:

Método de entrega solicitado para suministrar la información	<input type="checkbox"/> Recogida en el centro	<input type="checkbox"/> Correo postal
	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
	<input type="checkbox"/> Verbal si se selecciona esta opción, coloque aquí sus iniciales para autorizar a NYBC a que hable con la persona o el representante de la organización antes especificada. ▶	
	<input type="checkbox"/> Otra (describa):	

Información específica a divulgar	<input type="checkbox"/> Todo el historial médico	Desde (fecha inicial):	Hasta (fecha final)
	<input type="checkbox"/> Solo el historial médico aquí indicado: ▶		

			Iniciales:
La información aquí indicada, si estuviese a disposición, NO se divulgará a menos que usted o su representante autorizado marque y coloque sus iniciales en los espacios correspondientes	<input type="checkbox"/>	Información sobre VIH	
	<input type="checkbox"/>	Información sobre salud mental	
	<input type="checkbox"/>	Tratamiento por consumo de bebidas alcohólicas o drogas	

Se autoriza la divulgación de información para estos fines			
	<input type="checkbox"/>	A petición mía	
	<input type="checkbox"/>	Otra (<i>describa</i>):	

Yo, o mi representante autorizado, solicito que se acceda, se use o se divulgue la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento tal y como se indica en este formulario. De conformidad con la legislación del estado de Nueva York, título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Parte 2 y la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, entiendo que:

- Tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a NYBC. Entiendo que puedo revocar esta Autorización salvo en la medida en que ya se haya ejecutado una acción conforme a esta Autorización.
- Entiendo que la firma de esta Autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de atención médica o mi elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a que autorice esta divulgación.

El receptor de la información que se suministre de acuerdo con esta Autorización podría divulgarla nuevamente, y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la legislación federal o estatal. No obstante, si estoy autorizando la divulgación de información sobre un tratamiento por consumo de sustancias ilícitas, de un tratamiento de salud mental, o sobre VIH, al receptor de la información se le prohíbe volver a revelar dicha información sin mi autorización salvo que la legislación federal o estatal le permita hacerlo.

Vencimiento: Fecha o suceso que hace que venza esta Autorización:	<input type="checkbox"/>	1 año a partir de hoy
	<input type="checkbox"/>	En esta fecha ▶
	<input type="checkbox"/>	Al final de este suceso ▶

Firma: Paciente/Agente/Representante (legal) /Albacea	Fecha:
<i>Debe obtenerse la firma del paciente salvo que sea un menor de 18 años no emancipado o no esté en capacidad de tomar decisiones médicas.</i>	

Nombre en letra de imprenta de la persona que firma este formulario:	Facultad para firmar en nombre del paciente o relación con el paciente (si corresponde):
--	--

*Solo se utilizará cuando se empleen **servicios de interpretación** para rellenar este formulario:*

Número de identificación del intérprete telefónico :	Fecha:	Hora:	
Info. del intérprete en persona	Firma:	Fecha:	Hora:
	Nombre en letra de imprenta:	Relación con el paciente:	
Información del testigo	Testigo de la firma:	Nombre del testigo en letra de imprenta:	