



# Kaleida Health

## AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA 1 of 2

Patient ID Area

**Instrucciones del formulario:** Deben completarse **TODAS** las secciones de este formulario.

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud relativa a mi atención sea divulgada según lo establecido por este formulario. Entiendo que:

- Esta información puede ser divulgada nuevamente si el/los destinatario(s) identificados en la sección 7 no está(n) obligado(s) por ley a proteger la privacidad de la información, y dicha información ya no está protegida por las regulaciones federales sobre privacidad de la información de salud.
- Si estoy autorizando la divulgación de tratamientos contra el alcohol o las drogas, información de salud mental o relativa a VIH colocando mis iniciales en el espacio correspondiente de la sección 8, el destinatario tiene prohibido divulgar esta información sin mi autorización salvo en casos permitidos por las leyes federales o estatales. Comprendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relativa a VIH sin autorización. Si soy sujeto a discriminación por la divulgación o emisión de información relativa a VIH, puedo contactar a la División de Derechos Humanos del Estado de New York llamando al (212) 870-8624 o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de New York llamando al (212) 566-5493. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- Tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y no se verá afectada mi atención médica ni el pago por mi atención médica, ni mis beneficios de atención médica si no firmo este formulario.
- Tengo el derecho de recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado.
- Si firmo esta autorización, tengo el derecho de revocarla en cualquier momento, excepto hasta el punto en que la organización ya haya tomado acciones respaldadas por mi autorización. Para revocar esta autorización, debo enviar mi solicitud por escrito dirigida al Oficial de Privacidad de Kaleida Health utilizando la dirección del centro que se encuentra en la página 2.

6. **¿Quién divulgará la información?** Identifique el centro de Kaleida Health que divulgará su información.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Buffalo General Medical Center/Gates Vascular Institute | <input type="checkbox"/> DeGraff Medical Park             |
| <input type="checkbox"/> John R. Oishei Children's Hospital                      | <input type="checkbox"/> HighPointe on Michigan           |
| <input type="checkbox"/> Millard Fillmore Suburban Hospital                      | <input type="checkbox"/> Servicios Financieros            |
| <input type="checkbox"/> Kaleida Health Clinic en _____                          | <input type="checkbox"/> Degraff Skilled Nursing Facility |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____                               | <input type="checkbox"/> Servicios de Laboratorio         |

7. **¿Quién recibirá la información?** Introduzca el nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a la que se le enviará esta información.

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Nombre _____                       | 2. Nombre _____                       |
| Dirección _____                       | Dirección _____                       |
| _____                                 | _____                                 |
| Parentesco (si aplica) _____          | Parentesco (si aplica) _____          |
| _____                                 | _____                                 |
| Dirección de correo electrónico _____ | Dirección de correo electrónico _____ |

8. **¿Qué información será divulgada?** Especifique la información que será divulgada.

- Historia Clínica desde el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ al (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Otros (especificar) \_\_\_\_\_

Incluir (Indicar con sus iniciales): \_\_\_\_\_ Información relativa a tratamientos por alcohol y drogas

\_\_\_\_\_ Información sobre salud mental

\_\_\_\_\_ Información relativa al VIH

9. **¿Cuál es la razón de esta divulgación?** Indique el motivo por el cual se divulga la información.

- Solicitado por el individuo
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

10. **¿Cuándo expirará esta autorización?** Identifique la fecha o evento en el que esta autorización expirará.

**FIRMA:** He leído este formulario y todas mis preguntas acerca de este formulario han sido respondidas.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal autorizado por ley

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del paciente o Representante personal

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante Personal



# Kaleida Health

**AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA EL USO  
Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE  
SALUD PROTEGIDA 2 of 2**

Patient ID Area

**Instrucciones para el envío postal:** Envíe el formulario completo a la dirección del establecimiento identificado en la sección N.º 6.

**Buffalo General Medical Center**

Medical Records  
100 High Street  
Buffalo, NY 14203  
(716) 859-2759

**Gates Vascular Institute**

Medical Records  
100 High Street  
Buffalo, NY 14203  
(716) 859-2759

**Kaleida Health Patient Financial Services**

726 Exchange Street, Suite 300  
Buffalo, NY 14210

**Millard Fillmore Suburban Hospital**

Medical Records  
1540 Maple Road  
Williamsville, NY 14221  
(716) 568-6504

**DeGraff Medical Park**

Medical Records  
1540 Maple Road  
Williamsville, NY 14221  
(716) 568-6504

**Kaleida Health Laboratory Services**

115 Flint Road  
Williamsville, NY 14221  
(716) 626-7920

**John R. Oishei Children's Hospital**

Medical Records  
100 High Street  
Buffalo, NY 14203  
(716) 859-2759

**HighPointe on Michigan**

Medical Records  
1031 Michigan Avenue  
Buffalo, NY 14203  
(716) 748-3163

**DeGraff Skilled Nursing Facility**

445 Tremont Street  
North Tonawanda, NY 14120  
(716) 690-2086

Para ubicaciones que no se enumeran arriba, pueden enviarse los formularios completos al funcionario de privacidad a: BGMC Medical Records, 100 High Street, Buffalo, NY 14203.