



☐ **Garnet Health Medical Center**
707 East Main Street
Middletown, NY 10940
T: 845-333-1600; F: 845-333-1573
HIM@garnethealth.org

☐ **Garnet Health Medical Center-Catskills**
68 Harris-Bushville Rd., P.O. Box 800
Harris, NY 12742
T: 845-333-8600; F: 845-333-6987
HIM-Catskill@garnethealth.org

☐ **Garnet Health Urgent Care**
Sede:
☐ Goshen (845) 333-7200 Fax 845-333-1209
☐ Middletown (845) 333-7575 Fax 845-333-1209
☐ Monticello (845) 333-8600 Fax 845-333-6942

☐ **Garnet Health Doctors - Nombre de la especialidad:** _____
Sede:

Fax 845-333-1209 ☐ Goshen (845) 333-7200 ☐ Middletown (845) 333-7575 ☐ Monroe (845) 333-7830
Fax 845-333-6942 ☐ Harris (845) 333-8600 ☐ Monticello (845) 333-8600

Mediante el presente autorizo el acceso, el uso y la revelación de información médica de mi historia clínica como se describe a continuación. Esto puede incluir información **médica, psicológica, neuropsicológica, psiquiátrica, resultados o diagnósticos de pruebas de VIH/SIDA, abuso de drogas o alcohol***. Esta autorización puede incluir registros médicos de todas las sedes de Garnet Health.

Nombre del paciente:		Fecha de hoy: ____ / ____ / 20__	
Método de entrega: ☐ Papel (☐ Correo postal o ☐ Recogida) ☐ CD ☐ MyChart ☐ Descarga por correo electrónico			
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	
Dirección postal:			
<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
Fecha en que se solicitó el servicio: _____			
Información que se puede revelar:			
☐ Resumen de la historia clínica (hoja de datos, resumen del alta, historial y examen físico, consultas, resultados de pruebas, informes de procedimientos, visitas al Departamento de Urgencias)			
☐ Historia clínica completa ☐ Resultados de laboratorio ☐ Visitas al consultorio		☐ Visitas al Departamento de Urgencias ☐ Resultados de pruebas (radiología, cardiología, etc.) ☐ Visitas a urgencias	
☐ Otro (especifique): _____			
*Si la parte de la historia clínica seleccionada contiene información relacionada con drogas/alcohol, salud mental o información relacionada con el VIH, debe dar su consentimiento específicamente a la revelación de dicha información con sus iniciales aquí, (debe colocar sus iniciales). _____			

Información de contacto de la persona/organización que recibe la información: ☐ Marque si es para el paciente mencionado arriba

Nombre:	Dirección:	Ciudad, Estado, Código postal:
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:

- Motivo para la revelación de la información:
☐ Solicitud de la persona ☐ Otro _____
- Yo, o mi representante autorizado, solicito que se pueda acceder, usar o revelar la información con respecto a mi atención y tratamiento, según se indica en este formulario. De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York, 42 CFR Parte 2 y la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, comprendo que:
 - Tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento por escrito al proveedor de atención médica marcado arriba. Comprendo que puedo revocar esta Autorización, excepto en la medida en que la acción ya se haya realizado debido a esta Autorización.
 - Firmar esta Autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan médico o la elegibilidad para recibir beneficios no se condicionará por mi autorización de esta revelación.
 - Si la persona o la entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o plan médico cubierto por los reglamentos de privacidad federales, la información descrita arriba se puede volver a revelar y ya no estará protegida por estos reglamentos. Sin embargo, si autorizo la revelación de tratamiento de abuso de sustancias, tratamiento de salud mental o información relacionada con el VIH, queda prohibido que quien reciba la información la vuelva a revelar sin mi autorización, a menos que la ley federal o estatal lo permita.
 - Garnet Health no será responsable por revelar la información de salud protegida (PHI) mientras esté en vías de comunicarse, ni de la protección de la información una vez que se entregue conforme a mis solicitudes de recibir la PHI por correo electrónico.
- Esta autorización vence el ____ / ____ / _____. **SI NO TIENE FECHA, LA AUTORIZACIÓN VENCERÁ EN UN AÑO.**

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante personal

Relación con el paciente

