

Re:
Número de inscripción del MIF NYS:

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a cada una de las partes identificadas a continuación, el Fondo de Indemnización Médica del estado de Nueva York (*New York State Medical Indemnity Fund*) (el Fondo), incluyendo sus representantes autorizados, sus agentes y sus personas designadas, para utilizar y divulgar cualquier información médica o de salud individualmente identificable respecto de mi hijo, según se describe a continuación, a los fines de proporcionarle beneficios y administración de su caso por el Fondo. Entiendo que la información acerca de mi hijo que autorizo se utilice o se divulgue puede volver a ser divulgada de conformidad con los términos de esta Autorización por el destinatario de la misma y puede no estar protegida adicionalmente por las leyes o regulaciones federales o estatales de privacidad para los fines anteriormente citados.

Específicamente autorizo a médicos, enfermeras, enfermeras médicas, auxiliares médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, programas de intervención temprana, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, farmacéuticos, quiroprácticos y cualquier otro proveedor de atención médica autorizado o de otra manera acreditado bajo el Título VIII de las leyes de educación de Nueva York, Estados Unidos (o el equivalente en otro estado o en el Distrito de Columbia), hospitales, escuelas, programas preescolares, agencias comunales, programas estatales o federales que han provisto, proveen o puedan proveer beneficios a mi hijo y a los terceros responsables de pagos que comuniquen la información médica o de salud individualmente identificable respecto de mi hijo por cualquier medio, incluyendo comunicaciones escritas o telefónicas o por entrevista directa, independientemente de que yo esté presente o se me notifique de dichas comunicaciones, y por este medio autorizo a la Dirección Médica de Alicare (AMM) a iniciar y realizar dichas comunicaciones, en nombre del Fondo, aunque no esté presente o no haya recibido notificación de las mismas.

1. **¿Qué información está cubierta por esta autorización?** Esta autorización se aplica a toda información, registros, informes de salud médica, psicológica o psiquiátrica respecto del diagnóstico, cuidado y tratamiento de mi hijo.

La información de mi hijo que puede ser revelada puede incluir, sin limitación, información médica o historia clínica, anotaciones en su historia clínica, recetas médicas, resultados de prueba de diagnóstico, informes de rayos X y registros recibidos de otros proveedores de cuidado médico de salud, de educación y agencias comunales.

2. **¿Quién puede divulgar y recibir información bajo esta autorización?**

- A. Cualquier persona o entidad que asiste, diagnóstica, trata o examina a mi hijo, incluyendo, pero sin limitar, a proveedores de atención médica primaria y multidisciplinaria, agencias comunales y entidades educativas. Los programas estatales o federales que han provisto, proveen o puedan proveer beneficios a mi hijo y a los terceros responsables de pagos. _____ (especificar nombre, si fuere necesario) pueden divulgar esta información a AMM o cualquiera de sus agentes, sus representantes o sus contratistas independientes.
- B. AMM puede volver a divulgar, sin otra autorización, cualquier información médica o de salud individualmente identificable de mi hijo, ya sea obtenida a través de esta autorización o de otra manera de cualquier persona o

entidad, a cualquiera de los siguientes: (a) cualquier persona o entidad que asiste, trata, diagnostica o examina a mi hijo, (b) cualquier persona o entidad que coordina los beneficios de mi hijo, (c) contratistas independientes y proveedores de servicios que pueden requerir alguna información para fines relacionados con la salud, (d) la Administración de Seguridad Social o un seguro social o proveedor de rehabilitación vocacional y cualquier entidad gubernamental local, federal o estatal cuando sea necesario para fines relacionados con la salud, y (e) terceros responsables de pagos.

3. **¿Por cuánto tiempo es válida esta autorización?** Esta autorización es válida durante la duración de la inscripción de mi hijo en el Fondo de Indemnización Médica del estado de Nueva York pero no después de la fecha en que mi hijo cumpla los 18 años de edad, si tuviera capacidad para tomar decisiones de cuidado médico en ese momento.
4. **Revocación de esta autorización.** Salvo disposición en contrario por ley federal o estatal, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando el Administrador del Fondo por escrito de mi revocación y que mi revocación entrará en vigencia al recibo de mi notificación de revocación por el Administrador del Fondo. Asimismo, entiendo que mi revocación de esta autorización no tendrá efecto alguno en ninguna acción tomada por el Administrador del Fondo antes de que recibiera mi revocación.
5. **Procesamiento de reclamos.** Entiendo que esta autorización es generalmente necesaria para el procesamiento de reclamos de mi hijo. Asimismo, entiendo que el no firmar esta autorización puede perjudicar o impedir el procesamiento de reclamos de mi hijo.
6. **Negativa a firmar.** Entiendo, además, que los proveedores de atención médica de mi hijo no condicionarán el tratamiento, inscripción o elegibilidad de mi hijo a mi negativa a firmar esta autorización.

Entiendo que tengo el derecho de pedir y recibir una copia de esta autorización. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la divulgación de la información en cualquier momento. Una fotocopia de esta autorización será válida y debe ser aceptada con el mismo efecto que el original.

Firma del inscrito o del representante del inscrito

Dirección del inscrito

Nombre impreso del inscrito o del representante del inscrito

Relación del representante del Inscrito, si correspondiere

Número de seguro social del inscrito

Fecha de firma (s)

Fecha de nacimiento del inscrito