

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

*BioReference Health, LLC y sus filiales, subsidiarias y divisiones, incluidos, entre otros, Florida Clinical Laboratory, Inc. y GenPath® (colectivamente, "BioReference®") comprenden que la información médica es personal y se comprometen a proteger la privacidad de su información. Debido a este compromiso, debemos obtener una autorización por escrito antes de poder utilizar o divulgar información médica protegida (protected health information, PHI) para los fines descritos a continuación. Este formulario proporciona esa autorización y nos ayuda a asegurarnos de que está debidamente informado sobre cómo se utilizará y divulgará esta información. Lea atentamente la información siguiente y complete todos los campos antes de firmar este formulario.*

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  Teléfono celular  Teléfono del hogar  Otro

**¿QUÉ INFORMACIÓN SE DIVULGARÁ? Autorizo a BioReference® a divulgar la siguiente información:**

Registro completo  Informes de laboratorio  Formularios de solicitud  Resúmenes de cuenta del laboratorio

Otro: \_\_\_\_\_

Incluya la información anterior para la(s) siguiente(s) fecha(s) de servicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**¿CUÁL ES EL PROPÓSITO O EL USO DE LA DIVULGACIÓN? (Marque todas las opciones que correspondan)**

Solicitud del paciente  Atención médica  Seguro  Legal

Otro: \_\_\_\_\_

**DIVULGAR INFORMACIÓN A:**

Paciente  Abogado  Compañía de seguro  Proveedor de atención médica  Empleador

Otro: \_\_\_\_\_

Método preferido de entrega:  Fax  Correo postal de EE. UU.  
 Correo electrónico estándar\*  Correo electrónico seguro

\* El correo electrónico estándar no es un medio seguro de comunicación y su información médica protegida que puedan contener los correos electrónicos que le enviemos no estará cifrada. Esto significa que existe el riesgo de que su información médica protegida incluida en el correo electrónico pueda ser interceptada y leída por terceros no autorizados o divulgada a terceros no autorizados. Usted está dispuesto a aceptar los riesgos asociados con una comunicación no segura por correo electrónico no cifrado que contenga su PHI.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Códig o postal: \_\_\_\_\_

Número de fax: : \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Al introducir mis iniciales a continuación, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicada(s) en este formulario. (Tenga en cuenta que no divulgaremos su información si no incluye sus iniciales)

Abuso de alcohol/drogas: \_\_\_\_\_ VIH/sida<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ Salud mental: \_\_\_\_\_

Pruebas genéticas: \_\_\_\_\_ Enfermedad de transmisión sexual: : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Cualquier información que indique que tuvo una prueba del VIH o infección por VIH, una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o cualquier información que indique que usted ha estado potencialmente expuesto al VIH.

**RECONOCIMIENTOS**

**Autorización para la divulgación de información confidencial relacionada con el VIH/sida**

Comprendo que, si autorizo el uso o la divulgación de información relacionada con el VIH/sida, el/los destinatario(s) tiene(n) prohibido utilizar o volver a divulgar cualquier información relacionada con el VIH/sida sin mi autorización, a menos que lo permita la legislación federal o estatal. También comprendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH/sida sin mi autorización. Si soy un residente de Nueva York y sufro discriminación debido al uso o a la divulgación de información relacionada con el VIH/sida, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (New York State Division of Human Rights) al 212-480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Commission of Human Rights) al 212-306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.

Comprendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o del establecimiento que la recibe, y que, luego, ya no estaría protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.

Comprendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y mi atención médica, el pago por mi atención médica y mis beneficios de atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario, pero no se permitirá que BioReference use o divulgue mi información tal como se describe en esta autorización sin mi firma.

Si firmo esta autorización, tengo derecho a revocarla en cualquier momento. Sin embargo, comprendo que cualquier medida que ya se haya tomado en función de esta autorización no puede revertirse, y mi revocación no afectará esas medidas. Para revocar esta autorización debe enviar una solicitud por escrito a la atención del Responsable de la privacidad, BioReference Health, LLC, 481 Edward H. Ross Drive, Elmwood Park, NJ 07407 o [Privacy@BioReference.com](mailto:Privacy@BioReference.com).

Tengo derecho a obtener una copia de esta autorización firmada. Para obtener una copia firmada de esta autorización debe enviar una solicitud por escrito a la atención del Responsable de la privacidad, BioReference Health, LLC, 481 Edward H. Ross Drive, Elmwood Park, NJ 07407 o [Privacy@BioReference.com](mailto:Privacy@BioReference.com).

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Esta autorización vence el: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, o el acontecimiento que desencadenará el vencimiento de esta autorización es: \_\_\_\_\_

### FIRMA

Al firmar a continuación reconozco que he leído y acepto todo lo anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

Nota: Un representante personal es una persona autorizada, por ley, para actuar en nombre del paciente. Algunos ejemplos incluyen a padres o tutores legales de menores no emancipados, agentes de atención médica y poderes notariales.

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

***(Solo para residentes de Nueva York):***

*Si solicita registros en nombre de un paciente adolescente (de 12 a 18 años), el paciente adolescente debe firmar a continuación. (Ley de salud pública del estado de Nueva York (New York State, NYS) §§ 17 y 18).*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente adolescente

*Devuelva este formulario completado a:*

Por correo postal: BioReference Health, LLC  
Atención: Customer Service  
Department 481 Edward H. Ross  
Drive Elmwood Park, NJ 07407

Por correo electrónico:  
[PatientPortal@BioReference.com](mailto:PatientPortal@BioReference.com)

**Si tiene preguntas sobre este formulario o el portal del paciente de BioReference, póngase en contacto con nosotros llamando al 1-888-279-0967.**