

[información de identificación personal]

*Nombre de la Persona: _____	*Fecha de Nacimiento: _____
* Dirección de la Persona: _____	

Yo, o mi representante autorizado, entiendo/e que de acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York, HIPAA [Ley de Contratación y Responsabilidad en los Seguros de Salud] y FERPA [Ley Federal de Privacidad y Derechos Educativos]

1. Si me niego a firmar esta autorización, Person Centered Services no me negarán ningún tipo de atención, tratamiento o servicio excepto en circunstancias limitadas y entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si lo solicito, y que obtengo una copia de este formulario después de que lo firme.
2. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una revocación por escrito, pero mi revocación no tendrá ningún efecto sobre las medidas ya tomadas en virtud de esta autorización.
3. Esta autorización es efectiva durante el período de tiempo que estoy recibiendo servicios de Person Centered Services, a menos que yo o mi representante autorizado la revoquemos antes.
4. Esta autorización puede incluir la divulgación de PHI **[información de salud protegida]** que incluye tratamiento por abuso de alcohol/drogas cubierto por 42 CFR Parte 2, tratamiento de salud mental (excepto notas de psicoterapia) e información confidencial relacionada con el VIH solo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente en el punto 8a de este forma. Si la información de salud solicitada a continuación incluye cualquiera de estos tipos de información, y pongo mis iniciales en las líneas correspondientes a continuación en el Punto 8a, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la persona/entidad indicada en los Puntos 6 o 7.
5. La información que se divulgue bajo esta Autorización puede ser divulgada por el destinatario y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por la ley federal o estatal, a excepción de la información sobre el tratamiento del VIH, el abuso de alcohol/drogas o el tratamiento de salud mental que requiere permiso para la nueva divulgación.
6. Si los registros asociados con esta autorización incluyen información de identificación personal (PII) de mis registros educativos (es decir, "estudiante elegible"), autorizo específicamente a Person Centered Services a divulgar la PII contenida en esos registros educativos confidenciales realizados de conformidad con el Ley Federal de Privacidad y Derechos Educativos (FERPA) (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99) excepto en la medida en que FERPA autorice la divulgación sin consentimiento.

7. Yo, (yo mismo/representante autorizado) autorizo/a la divulgación de esta información (incluidas las conversaciones verbales) por parte del CCO de Person Centered Services **para:**

Nombre y dirección de la entidad o persona

8. Yo, (yo mismo/representante autorizado) autorizo/a la divulgación de esta información por:

para Person Centered Services CCO en 1090A Union Rd, Suite 260, West Seneca, NY 14224.

9. * Información específica que se divulgará: (se debe marcar al menos una casilla)

Toda la información de salud protegida (PHI)

PHI solo para este intervalo de fechas: Desde (ingrese la fecha) _____ Hasta (ingrese la fecha) _____

Todos los Registros Educativos

Toda la PHI, **excepto:** _____

Otro: _____

9a. Al poner mis iniciales en cada uno de los siguientes (según corresponda), autorizo que la siguiente información se incluya en la divulgación **(Debe colocar sus iniciales en cada uno si desea incluirlo):**

_____ **Tratamiento de Alcohol/Drogas** _____ **Información de Salud Mental** _____ **Información relacionada con el VIH**

10. * **Motivo de la divulgación de la información.:**

Para ayudarme a administrar mi atención, el tratamiento y los servicios, o los de la persona a la que represento.

Para otro(s) propósito(s) (por favor especifique): _____

11. a. * Escriba con letras de molde el nombre de la persona que firma este formulario:

b. * ¿Su relación con la persona de la que se trata la información (por ejemplo, usted mismo, tutor, representante)?: _____

**requerido*

He leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

*Firma (persona alistada en el n.º 11 anterior)

*Fecha: _____