

FORMULARIO DE CESIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo la cesión de toda información referente a mi salud y a la salud de los integrantes de mi familia por quien yo tenga la capacidad legal de dar autorización, con relación a la prestación de asistencia y servicios, y mi capacidad de participar en actividades laborales, incluyendo empleos, a ser entregada por el profesional médico responsable de mi atención primaria, cualquier otro profesional médico o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (*State Department of Health - SDOH*) o mi plan de salud, a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance - OTDA*), a la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (*New York State Office of Children and Family Services - OCFS*) o al distrito local de servicios sociales (LDSS), en tanto sea razonablemente necesario para la prestación de beneficios de Asistencia Temporal, servicios de bienestar social para niños; para seleccionar actividades laborales adecuadas; para determinar la necesidad de solicitar y presentar una solicitud de beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario; para establecer planes adecuados de tratamiento con objeto de restaurar la capacidad de trabajar; y para determinar si puede recibir la exención del límite estatal de sesenta meses con relación al programa de asistencia en efectivo. Si se me indica que es obligatorio solicitar beneficios suministrados por la Administración del Seguro Social, la información especificada anteriormente se puede revelar a la Administración del Seguro Social. También, estoy de acuerdo en que la información cedida incluya datos referentes a VIH, salud mental o alcoholismo y drogadicción concernientes a mí y a integrantes de mi familia, hasta donde la ley lo permita, a menos que se haya marcado uno de los casilleros a continuación. Yo entiendo que mi capacidad de autorizar la cesión de información relativa a cualquier niño menor de edad por quien yo doy mi consentimiento, está limitada por el grado hasta el cual yo pueda obtener información acerca de tratamiento, diagnóstico y procedimientos en su nombre.

____ No den a conocer información referente a VIH / Sida. ____ No den a conocer información referente a drogas y alcohol.

____ No den a conocer información referente a salud mental

Yo entiendo que puedo revocar o limitar esta autorización en cualquier momento, notificándolo por escrito a mi distrito local de servicios sociales. No obstante, yo entiendo que tal revocación no entrará en efecto si quien proporciona la información ya ha actuado de acuerdo con esta autorización antes de haberse notificado su revocación. Esta autorización queda vigente por el tiempo que sea necesario en tanto yo reciba beneficios de Asistencia Temporal o servicios que yo solicite, y hasta, y a menos que yo la revoque o la limite, en cuyo caso, lo haré por escrito o firmaré una autorización subsiguiente. Esta autorización expirará cuando los beneficios de asistencia pública cesen.

Yo entiendo que la información que esta autorización cede puede ser dada a conocer nuevamente por quien la recibe, y por lo tanto, ya no estará protegida según lo estipulado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) en calidad de información médica protegida. No obstante, la información sólo será cedida de acuerdo con lo estipulado por la Ley de Servicios Sociales del Estado de Nueva York, la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, y otras leyes y normas federales y estatales pertinentes.

Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que esto afecte mi capacidad para obtener tratamiento médico, pago o acceso a beneficios de atención médica. No obstante, si yo digo tener un problema médico que afecta mi capacidad de participar en actividades laborales, y me niego a firmar esta autorización o a proporcionar documentación médica que avale mi argumento, mi negativa puede resultar en una reducción o suspensión de mis beneficios de asistencia temporal o servicios no relacionados con atención médica. De solicitarla, se le proporcionará una copia de esta autorización.

Firma del solicitante o representante

Fecha

Nombre del solicitante (en letra de imprenta)

Nombre del solicitante (en letra de imprenta)

En calidad de representante del solicitante, yo estoy autorizado para actuar en su nombre porque:

Nombre del familiar

Parentesco del solicitante / Autoridad (por ej., tutor legal)

Nombre del familiar

Parentesco del solicitante / Autoridad (por ej., tutor legal)