

AUTORIZACIÓN DE LA HIPAA DEL WTC



Workers'
Compensation
Board

Autorización de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos para Voluntarios del World Trade Center

Nombre del paciente *(usar solamente tinta; bolígrafo, de ser posible)* Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) N.º de Seguro Social:

Dirección de correo Ciudad Estado Código postal

Este formulario de autorización le permite a la Junta de Compensación Obrera y a la Organización de Salud del World Trade Center recibir copias de registros de atención médica que contienen su información de salud protegida con el fin de coordinar los beneficios para usted, el voluntario del World Trade Center. Este formulario no les permite a sus proveedores de atención médica hablar sobre su información médica con ninguna persona.

Esta autorización es voluntaria. Su proveedor de atención médica debe brindarle la misma atención, los mismos términos de pago y los mismos beneficios, independientemente de si firma o no este formulario. Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización vence luego de que se complete la coordinación de beneficios para usted, el voluntario de WTC.

Tiene derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero una revocación podría no ser eficaz si la persona o la entidad autorizada ya ha actuado con base en esta autorización. Para revocar esta autorización, envíe una carta a los proveedores de atención médica indicados en este formulario. Además, envíe una copia de esta carta a la Junta de Compensación Obrera.

La información divulgada podría quedar sujeta a redivulgación por parte de las personas que la reciban (con la excepción de la siguiente información relativa a tratamientos por uso de alcohol/drogas, VIH/SIDA, tratamientos de salud mental y notas sobre psicoterapia), y ya no quedaría protegida conforme a la Regla de Privacidad de la HIPAA.

Este formulario de autorización no permite la divulgación de información acerca de tratamientos por uso de drogas/alcohol, VIH/SIDA, tratamientos de salud mental y notas de psicoterapia, a menos que usted indique lo contrario a continuación. Marque con una tilde la información que nos autoriza a divulgar:

Tratamientos por uso de drogas/alcohol VIH/SIDA Tratamientos de salud mental Notas de psicoterapia

Los proveedores de atención médica que divulguen registros médicos deben cumplir con la legislación del Estado de Nueva York y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Una copia de esta autorización, que cumple con la HIPAA, le permite a su proveedor divulgar registros que contengan información médica personal relativa a su condición actual, que es la materia de su reclamo de beneficios como voluntario del World Trade Center.

Nombre del proveedor de atención médica Teléfono

Dirección de correo Ciudad Estado Código postal

Nombre del otro proveedor de atención médica (si lo hubiera) Teléfono

Dirección de correo Ciudad Estado Código postal

Por el presente autorizo a los proveedores de atención médica arriba indicados a divulgar copias de mis registros de salud (solamente) a la Junta de Compensación Obrera, la Organización de Salud del World Trade Center, y el Fondo de Compensación para Víctimas del 11 de Septiembre, con el fin de coordinar mis beneficios.

Firma del paciente Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre en letra de imprenta

Si el paciente no puede firmar, la persona que firme en su nombre debe completar y firmar lo que sigue:

Su nombre Firma Relación con el paciente Fecha (MM/DD/AAAA)