



## Autorización para la Divulgación de Información confidencial relacionada con el VIH\*

### **Instituto del SIDA del Departamento de Salud del Estado de Nueva York**

---

La información confidencial relacionada con el VIH es toda la información que indique que una persona ha tomado la prueba relacionada con el VIH o tiene la infección por VIH, una enfermedad relacionada con el VIH o el SIDA, o cualquier información que pudiera indicar que una persona ha estado potencialmente expuesta al VIH.

Bajo la Ley del Estado de Nueva York, la información confidencial relacionada con el VIH se podrá dar solamente a las personas que usted permita que la tengan mediante la firma de una divulgación por escrito, o las personas que necesitan conocer su condición de VIH para proveer atención y servicios médicos, incluyendo: proveedores de atención médica, personas involucradas con familias de acogida o adopción, padres y guardianes que den el consentimiento para la atención de menores, empleados de prisiones, cárceles, oficiales de libertad condicional y bajo palabra, trabajadores de servicios de emergencia y otros trabajadores en hospitales, otros entornos o consultas médicas reglamentadas, que estén expuestos a los fluidos sanguíneos/ corporales durante su empleo, y las organizaciones que verifican los servicios que usted recibe. La ley estatal permite también que su información relacionada con el VIH se divulgue bajo ciertas circunstancias limitadas: mediante una orden especial de la corte, a oficiales a cargo de la salud pública, según lo exija la ley y a las compañías de seguros, según sea necesario para el pago de la atención y tratamiento. Bajo la ley estatal, cualquier persona que ilegalmente revele información relacionada con el VIH, puede recibir una multa máxima de 5,000 dólares y un período de encarcelamiento máximo de un año. No obstante, algunas nuevas divulgaciones pueden no estar protegidas por la ley federal. Para más información sobre la confidencialidad del VIH, llame a la Línea Permanente para la Confidencialidad del VIH del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-962-5065.

Si usted firma este formulario se le podrá divulgar la información relacionada con el VIH a las personas que figuren en el formulario y por la(s) razón(razones) indicada(s) en el formulario. Usted no tiene la obligación de firmar este formulario y podrá cambiar de opinión en cualquier momento comunicando tal cambio por escrito. Conforme lo solicite, la institución o prestador que solicita la divulgación deberá proporcionarle una copia de este formulario tal como usted lo firmó o dejó sin firmar.

La ley le protege de discriminación a causa del VIH en cuanto a la vivienda, el empleo, atención médica y otros servicios. Para más información, llame a la Oficina de Discriminación por el SIDA de la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al **1-800-523-2437** o (212) 417-5043 o a la Comisión sobre Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al **(212) 306-7500**. Estas agencias tienen la responsabilidad de proteger sus derechos.

Nombre y dirección del proveedor/institución que obtiene la autorización para divulgar información:
Nombre de la persona cuya información relacionada al VIH será divulgada:
Nombre y dirección de la persona que firma este formulario (si no es la persona citada anteriormente):
Relación con la persona cuya información relacionada al VIH será divulgada:
Nombre y dirección de la persona a quien se le entregará la información relacionada con el VIH:
Razón para la divulgación de la información relacionada con el VIH:
Período durante el cuál se autoriza la divulgación:  <div style="text-align: center;">Desde: <span style="margin-left: 150px;">Hasta:</span></div>

**La institución o proveedor que recibe esta divulgación deberá completar lo siguiente:**

Excepciones, si las hubiere, al derecho de revocar el consentimiento de divulgación: (Por ejemplo: no se puede revocar el consentimiento si ya se ha divulgado la información.)
Descripción de las consecuencias, si las hubiere, por no consentir la divulgación con respecto a un tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios:

(Nota: Las normas federales de privacidad pueden restringir algunas consecuencias.)

Todas mis preguntas sobre este formulario han sido contestadas. Sé que no es necesario que permita la divulgación de mi información relacionada con el VIH y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización comunicándose lo por escrito a la institución o prestador que obtuvo esta divulgación

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma