



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por medio de la presente, autorizo al Fondo de Indemnización Médica del Estado de Nueva York [New York State Medical Indemnity Fund] (en adelante, el «Fondo») y a sus representantes, agentes, contratistas y designados, incluidos Public Consulting Group, Inc. (PCG) y a las partes identificadas a continuación, a usar y divulgar toda la información médica o relacionada con la salud individualmente identificable, tal como se la describe debajo, con respecto a: _____ (en adelante, el «Afiliado») con el propósito expreso de brindar beneficios y administrar el caso de conformidad con el Fondo. Entiendo que la información sobre el Afiliado cuyo uso y divulgación autorizo puede ser divulgada nuevamente, de conformidad con los términos de esta Autorización, por su receptor.

Específicamente, autorizo (i) a todos los profesionales de la salud, entre ellos, médicos, enfermeros, enfermeros especializados, auxiliares médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, programas de intervención temprana, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, farmacéuticos y quiroprácticos, titulares de una licencia o acreditados de otro modo conforme al Título VIII de la Ley de educación del estado de Nueva York (o toda ley equivalente en otro estado o en el Distrito de Columbia); (ii) a los hospitales, las escuelas, los programas preescolares, las agencias comunitarias, los programas estatales y/o federales que brindaron, brindan o pueden brindar beneficios al Afiliado; y (iii) a terceros pagadores, a comunicar la información médica o relacionada con la salud individualmente identificable del Afiliado por cualquier medio oral o escrito, independientemente del hecho de que yo esté presente o no durante dicha divulgación o del hecho de que me notifiquen sobre dicha comunicación; y, además, autorizo a PCG a iniciar, participar y realizar toda comunicación en nombre del Fondo, independientemente del hecho de que yo esté presente o no durante dicha divulgación o del hecho de que me notifiquen sobre dicha comunicación.

1. **¿Qué información se encuentra incluida dentro de esta autorización?** Esta Autorización se aplica a toda la información médica o relacionada con la salud que se refiera al diagnóstico, el cuidado y el tratamiento del Afiliado.

La información que se divulgará del Afiliado puede incluir información médica o relacionada con la salud brindada por profesionales de la salud, agencias comunitarias y entidades educativas.

2. **¿Quién puede divulgar y recibir dicha información conforme a esta autorización?** PCG puede divulgar nuevamente, sin necesidad de otra autorización, toda la información médica o relacionada con la salud individualmente identificable del Afiliado (i) a todos los profesionales de la salud titulares de una licencia o acreditados de otro modo conforme al Título VIII de la Ley de educación del estado de Nueva York (o toda ley equivalente en otro estado o en el Distrito de Columbia); (ii) a los hospitales, escuelas, programas preescolares, agencias comunitarias, programas estatales y/o federales que brindaron, brindan o pueden brindar beneficios al Afiliado; y (iii) a terceros pagadores. Además, autorizo a PCG a divulgar nuevamente la



Medical Indemnity Fund

información médica o relacionada con la salud individualmente identificable del Afiliado a otros miembros de la familia o a otras partes a las que se les solicita información, por ejemplo, la fecha de nacimiento y el número de la seguridad social del Afiliado, como condiciones para su divulgación.

3. **¿Cuál es la validez de esta autorización?** Esta Autorización es válida mientras dure la relación entre el Afiliado y el Fondo, siempre y cuando esa fecha no supere la fecha del cumpleaños número 18 del Afiliado, si en ese momento el Afiliado está capacitado para tomar decisiones relacionadas con su salud.
4. **Revocación de esta autorización.** A menos que la ley federal o estatal establezca lo contrario, entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita al Administrador del Fondo de mi revocación y que dicha revocación será efectiva una vez que el Administrador del Fondo reciba mi notificación de revocación. También entiendo que la revocación de esta Autorización no tendrá efecto alguno sobre ninguna de las acciones llevadas a cabo por el Administrador del Fondo antes de que este reciba mi revocación.
5. **Procesamiento de reclamos.** Entiendo que esta Autorización es, en general, necesaria para el procesamiento de los reclamos del Afiliado. También entiendo que no firmar esta Autorización puede ser motivo de impedimento o daño en el procesamiento de los reclamos del Afiliado.
6. **Negativa a firmar.** Asimismo, entiendo que los profesionales de la salud del Afiliado no condicionarán el tratamiento, la participación o la elegibilidad del Afiliado sobre mi negativa a firmar esta Autorización.

Entiendo que tengo derecho a solicitar y recibir una copia firmada de esta Autorización. Una fotocopia de esta Autorización será válida, tendrá el mismo efecto que el original y deberá ser aceptada.

Firma del Afiliado o del Representante del Afiliado

Domicilio del Afiliado y del Representante del Afiliado

Nombre del Afiliado o del Representante del Afiliado

Relación entre el Representante y el Afiliado

Número de la Seguridad Social del Afiliado

Fecha de la firma

Fecha de nacimiento del Afiliado