



Autorización para la Revelación de Información confidencial relacionada con el VIH*

AIDS Institute del Departamento de Salud del Estado de Nueva York

La información confidencial relacionada con el VIH se considera toda 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 toda 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 permite también que su información relacionada con el VIH se divulgue bajo 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 el tratamiento. 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. 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 podrá entregar 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.

La ley le protege de discriminación a causa del VIH en cuanto a vivienda, empleo, atención médica u otros servicios. Para más información, llame a la Oficina de Discriminación debida al 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 revelación:
Nombre de la persona a quien se revelará la información relacionada con VIH:
Nombre y dirección de la persona que firma este formulario (si no es la persona mencionada anteriormente):
Relación con la persona de la que se revela la información sobre el VIH:
Nombre y dirección de la persona a quien se revelará la información relacionada con el VIH:
Razón por la revelación de la información relacionada con el VIH:
Período durante el cual se autoriza la revelación: Desde: _____ A: _____

Se han contestado a todas mis preguntas sobre este formulario. Yo sé que no tengo que permitir la divulgación de la información relacionada con el VIH y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento.

Fecha _____

Firma _____

*Virus de la Inmunodeficiencia humana que causa el SIDA.