



Decerina Uy MD, P.C.
649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, New York 11778
Tel. No. (631) 509-0671 Fax No. (631) 509-0672

HIPAA Authorization For Release Of Information
by Patients 18 years and above

Patient: _____	DOB: _____
Patient Phone Number: _____	

I understand that it is the policy of Decerina Uy M.D. PC aka Decerina Uy Pediatrics ("the Practice") to protect my privacy and to follow all state and federal privacy laws. However, I also understand that in order to involve my parents or other individuals in my medical care, it will be necessary for the Practice to use/disclose some of my medical information ("Protected Health Information"). I understand that my Protected Health Information to be disclosed may include information regarding genetic testing, HIV/AIDS status, sexually transmitted infection status, mental health diagnosis and treatment, substance abuse diagnosis and treatment, and pregnancies and/or pregnancy test results.

I hereby authorize Decerina Uy MD P.C aka Decerina Uy Pediatrics to disclose my Protected Health Information to the following individuals:

Name: _____	Relationship: _____
Name: _____	Relationship: _____
Name: _____	Relationship: _____
Name: _____	Relationship: _____

Patients Rights

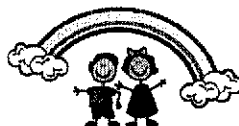
I understand that I have the right to refuse to sign this Authorization to Release my Protected Health Information. If I refuse to sign this Authorization, the Practice will in no way deny me my rights concerning treatment, payment for services, and enrollment in a health plan or eligibility for benefits.

I understand that I may revoke this Authorization at any time after I have signed it by providing Decerina Uy M.D. PC with a written statement that I wish to revoke this Authorization. My revocation of Authorization will be effective immediately and my Protected Health Information will no longer be used/disclosed pursuant to this Authorization except when medically necessary in an emergency situation.

I specifically authorize the disclosure of my Protected Health Information as set forth in the Authorization. I understand that if my Protected Health Information is disclosed, then this information may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by the federal patient privacy laws.

This Authorization, unless I earlier revoke it, shall remain in effect for as long as I am an active patient at the Practice.

Date: _____	Patient Signature: _____
-------------	--------------------------



Decerina Uy MD, P.C.

649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, New York 11778

Tel. No. (631) 509-0671 Fax No. (631) 509-0672

Autorización de HIPAA para la divulgación de información por Pacientes de 18 años o más

Paciente:	DOB:
Número de teléfono del paciente:	

Entiendo que es política de Decerina Uy M.D. PC, también conocida como Decerina Uy Pediatrics ("la Práctica") proteger mi privacidad y cumplir con todas las leyes de privacidad estatales y federales. Sin embargo, también entiendo que para involucrar a mis padres u otras personas en mi atención médica, será necesario que la Práctica use/divulgue parte de mi información médica ("Información de salud protegida"). Entiendo que mi información médica protegida que se divulgará puede incluir información sobre pruebas genéticas, estado de VIH/SIDA, estado de infección de transmisión sexual, diagnóstico y tratamiento de salud mental, diagnóstico y tratamiento de abuso de sustancias, y embarazos y/o resultados de pruebas de embarazo.

Por la presente autorizo a Decerina Uy MD P.C, también conocida como Decerina Uy Pediatrics, a divulgar mi información médica protegida a las siguientes personas:

Nombre:	Relación:
Nombre:	Relación:
Nombre:	Relación:
Nombre:	Relación:

Derechos de los pacientes

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta Autorización para Divulgar mi Información Médica Protegida. Si me niego a firmar esta Autorización, el Consultorio no me negará de ninguna manera mis derechos con respecto al tratamiento, el pago de los servicios y la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento después de haberla firmado proporcionando a Decerina Uy M.D. PC una declaración por escrito de que deseo revocar esta Autorización. Mi revocación de la Autorización entrará en vigencia de inmediato y mi Información Médica Protegida ya no será utilizada/divulgada de conformidad con esta Autorización, excepto cuando sea médicamente necesario en una situación de emergencia.

Autorizo específicamente la divulgación de mi información médica protegida según lo establecido en la Autorización. Entiendo que si se divulga mi información médica protegida, entonces esta información puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad del paciente.

Esta Autorización, a menos que la revoque antes, permanecerá en vigor mientras sea un paciente activo en la Práctica.

Fecha:	Firma del paciente:
--------	---------------------