

## AUTHORIZATION FOR PATIENT INTERVIEW

Patient's Name (Last, First, M.I.)	"C" No.
.....	
Sex .....	Date of Birth .....
Facility Name	Unit/Ward/Residence No.

*If this form is to be signed by a patient, the witness must be a physician who has conducted an interview and examination of the patient and determined that the patient is capable of executing the authorization and is doing so willingly as his/her own voluntary act.*

I, the undersigned, hereby consent and authorize the Office of Mental Health and *(Interviewer)* \_\_\_\_\_, a representative of *(Organization)* \_\_\_\_\_, to interview *(Name of Patient)* \_\_\_\_\_, and to use and disseminate information shared during the interview.

I understand that in the course of this interview, I may be disclosing individually identifiable health information about myself to the Interviewer. I also understand that the information obtained at such interview will be used to promote public understanding and support of programs for the mentally disabled.

I also understand that:

1. Only this information may be used and/or disclosed pursuant to this authorization.
2. This information is confidential and protected from disclosure.
3. If this information is disclosed to someone who is not required to comply with federal privacy protection regulations, then it may be redisclosed and would no longer be protected.
4. I have the right to revoke this authorization at any time. My revocation must be in writing on the form provided to me by *(insert name of facility/program)* \_\_\_\_\_. I am aware that my revocation is not effective to the extent that the persons I have authorized to use and/or disclose my protected health information have acted in reliance upon this authorization.
5. I do not have to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my abilities to obtain treatment from the New York State Office of Mental Health, nor will it affect my eligibility for benefits.
6. \_\_\_\_\_ may receive compensation for its use/disclosure of my information (I understand this does not apply if I am requesting the use/disclosure).
7. I have a right to inspect and copy my own protected health information to be used and/or disclosed (in accordance with the requirements of the federal privacy protection regulations found under 45 CFR §164.524

I further understand that this authorization will expire:

- When acted upon;
- 90 Days from this Date;
- Other \_\_\_\_\_

I certify that I have received a copy of the authorization.

Signature of Patient or Personal Representative	Date
Patient's Name (Printed)	
Personal Representative's Name (Printed)	Nature of Personal Representative's Relationship to Patient
Signature of Witness	Date
Witness' Name (Printed)	

## AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFIAR, FILMAR U OBTENER OTRAS IMÁGENES VISUALES O AUDITIVAS DEL PACIENTE

Nombre del paciente  
(Apellido, primer nombre, segundo inicial)

"C" No.

Sexo ..... Fecha de nacimiento .....

Nombre de la institución

Unidad/Pabellón No.

*Este formulario tiene que ser firmado siempre que se presente una solicitud para fotografiar, filmar u obtener otra imagen visual o auditiva de un paciente a ser grabada y divulgada. Si un paciente firma este formulario, el testigo tiene que ser un médico que haya realizado un examen y una entrevista al paciente y haya determinado que el paciente es capaz de ejecutar la autorización y que está dispuesto a hacerlo como un acto voluntario propio.*

Yo, cuya firma aparece a continuación, por este medio consiento y autorizo a la Oficina de Salud Mental y a (Organización) \_\_\_\_\_, a tomar, utilizar, y diseminar fotografías u (otro) \_\_\_\_\_ de (Nombre del paciente) \_\_\_\_\_, y a divulgar la información identificada apropiada.

Entiendo que durante el curso de la toma de fotografías, videos u otras imágenes, puede que divulgue información de salud que ha sido identificada individualmente sobre mi persona a la Organización. También entiendo que tales fotografías, videos u otras imágenes serán utilizadas para promover el entendimiento público y apoyar programas para personas con impedimentos mentales.

También entiendo que:

1. Únicamente esta información podrá ser utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización.
2. Esta información es confidencia y protegida de ser divulgada.
3. Si esta información es divulgada a alguien a quien no se le requiere cumplir con las reglamentaciones federales sobre protección de privacidad, entonces puede ser divulgada nuevamente y ya no estaría protegida.
4. Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación tiene que ser hecha por escrito en el formulario que me fue provisto por (inserte nombre del Centro o programa) \_\_\_\_\_, Estoy consciente que mi revocación no es efectiva en la medida en que la persona a la que autoricé a utilizar o divulgar mi información protegida de salud haya tomado acción conforme a esta autorización.
5. No tengo que firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, ni afectará mi elegibilidad para obtener beneficios. Only this information may be used and/or disclosed pursuant to this authorization.
6. \_\_\_\_\_ puede recibir compensación por su uso o divulgación de mi información (entiendo que que esto no aplica si yo requiero el uso o divulgación).
7. Tengo el derecho a inspeccionar y copiar mi propia información protegida de salud a ser utilizada o divulgada (de acuerdo a los requerimientos de las reglamentaciones de protección de privacidad federal establecidas bajo 45CF §164.524).

También entiendo que mi autorización expirará:

- Una vez completado su uso;
- 90 días después de esta fecha;
- Otro: \_\_\_\_\_

Certifico que he recibido una copia de la autorización.

Firma del Paciente o de su Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)

Nombre del Representante Personal (en letra de imprenta)

Naturaleza de la relación del Representante Personal con el paciente

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del testigo (en letra de imprenta)