Estado de Nueva York
Departamento de Estado
Comisión Atlética del Estado (State Athletic Commission)
123 William Street
New York, NY 10038-3804
Por teléfono: (212) 417-5700
www.dos.ny.gov/athletic

APPLICATION FOR PROFESSIONAL BOXER LICENSE
SOLICITUD PARA OBTENER LICENCIA DE BOXEADOR PROFESIONAL

***Read** the instructions carefully before completing the application. Incomplete applications will be returned, delaying licensure. Any omission, inaccuracy or failure to make full disclosure in an application or supporting documentation may be deemed sufficient reason to deny a license, or, if a license is issued could result in the suspension or revocation of a license.*

***Lea** las instrucciones cuidadosamente antes de completar la solicitud. Se devolverán las solicitudes incompletas, lo que demorará la entrega de la licencia. Cualquier omisión, inexactitud o la falta de divulgación completa en una solicitud o no proporcionar la documentación de soporte puede considerarse razón suficiente para denegar una licencia o, si se emitiera una licencia, podría causar la suspensión o revocación de una licencia.*

What is a Professional Boxer?
¿Qué es un Boxeador profesional?

New York State law (Title 25 of the Unconsolidated Laws) defines a professional boxer as: "one who competes for a money prize or teaches or pursues or assists in the practice of boxing as a means of obtaining a livelihood or pecuniary gain… ."(NY Uncon. § 8907)

La ley del estado de Nueva York (Título 25 de las Leyes No consolidadas) define a un boxeador profesional como: "aquel que compite por un premio en efectivo, enseña, busca o ayuda en la práctica del boxeo como un medio para ganarse la vida u obtener una ganancia monetaria…" (NY Uncon. § 8907)

What is the fee and term for a Professional Boxer?
¿Cuál es el valor y el plazo para un Boxeador profesional?

The application fee for a Professional Boxing license is $10.00 and is valid until September 30th of the year which the license is granted.

El valor de la solicitud para una licencia de Boxeo profesional es de $10.00 y es válida hasta el 30 de septiembre del año en que la licencia se proporciona.

When can I apply for a license or permit?
¿Cuándo puedo presentar mi solicitud para una licencia?

In order to be granted a license you must first be scheduled to appear on a professional boxing card and pass rigorous medical exams, accordingly, you should not submit this application until you have been conditionally approved to box by the Commission.

Con el fin de obtener una licencia, primero debe programar su participación en un combate de boxeo profesional y aprobar rigurosos exámenes médicos, de manera correspondiente, no debe enviar esta solicitud hasta que la Comisión lo haya aprobado condicionalmente para boxear.

Child Support Statement section of the application
Sección de la solicitud Declaración de sustento de menores de edad

The Child Support Statement is mandatory in New York State (General Obligations Law) regardless of whether or not you have children or any support obligation.

La Declaración de Sustento de menores es obligatoria en el estado de Nueva York (Ley de Obligaciones generales) independientemente si usted tiene hijo o alguna obligación de sustento.

Any person who is four months or more in arrears in child support may be subject to having his or her business, professional and driver's licenses suspended.

Cualquier persona que tiene cuatro o más meses de atraso en el sustento de menores puede ser sujeto a que su negocio, licencia profesional y de conducir se suspendan.

The intentional submission of a false written statement for the purpose of frustrating or defeating the lawful enforcement of support obligations is punishable under §175.35 of the Penal Law. It is a Class E felony to offer a false instrument for filing with a state or local government with the intent to defraud.

La presentación intencional de una declaración por escrito falsa con el propósito de frustrar o anular el cumplimiento legal de las obligaciones de sustento se castigará de acuerdo con la §175.35 de la Ley Penal. Es un crimen Clase E ofrecer un instrumento falso como presentación al gobierno estatal o local con la intención de cometer fraude.

PRIVACY NOTIFICATION
NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

Do I need to provide my Social Security number on the application?

¿Debo presentar mi número de Seguro Social en la solicitud?

Yes. The State Athletic Commission is required to collect the Social Security numbers of all licensees. The authority to request and maintain such personal information is found in §5 of the Tax Law and §3-503 of the General Obligations Law. Disclosure by you is mandatory. The information is collected to enable the Department of Taxation and Finance to identify individuals, businesses and others who have been delinquent in filing tax returns or may have underestimated their tax liabilities and to generally identify persons affected by the taxes administered by the Commissioner of Taxation and Finance. It will be used for tax administration purposes and any other purpose authorized by the Tax Law and may also be used by child support enforcement agencies or their authorized representatives of this or other states established pursuant to Title IV-D of the Social Security Act, to establish, modify or enforce an order of support, but will not be available to the public. A written explanation is required where no number is provided. The authority to request this information is also provided by 19 NYCRR § 207.7(a)(1). This information will be maintained in the Licensing Information System by the Commission, at 123 William Street, New York, NY 10038-3804.

Sí. La Comisión Atlética del estado tiene la obligación de recopilar los números de Seguro social de todos los licenciatarios. La autoridad para solicitar y mantener dicha información personal se encuentra en la §5 de la Ley Tributaria y la §3-503 de la Ley de Obligaciones generales. La divulgación por parte suya es obligatoria. La información se recopila para permitirle al Departamento de Tributación y Finanzas identificar a personas individuales, negocios y a otras personas que han infringido la ley al presentar declaraciones de impuestos o que hayan subestimado sus responsabilidades tributarias y generalmente para identificar a personas afectadas por los impuestos administrados por el Comisionado de Tributación y Finanzas. Esta se utilizará con propósitos administrativos tributarios y por cualquier otro propósito autorizado por la Ley Tributaria y también la pueden utilizar las agencias encargadas de la aplicación de la ley en caso de sustento de menores o sus representantes autorizados de este o de otros estados establecidos conforme el Título IV-D de la Ley del Seguro social para establecer, modificar o hacer que se cumpla una orden de sustento, pero no estará disponible para el público. Se exigirá una explicación por escrito cuando no se proporcione número. La autoridad para solicitar esta información también es proporcionada por 19 NYCRR §207.7(a)(1). Está información se conservará en el Sistema de Información de Licencias por parte de la Comisión, en 123 William Street, New York, NY 10038-3804.

Do I need to be fingerprinted to be a licensed boxer?

¿Me deben tomar huellas digitales para ser un boxeador autorizado?

Yes, to be a licensed professional boxer you must be fingerprinted (NY Unconsolidated Laws § 8911). Your application cannot be approved until your fingerprint results have been returned to the Commission.

Sí, para poder ser un boxeador profesional autorizado se le deben tomar sus huellas digitales (Leyes no consolidadas de NY § 8911). Su aplicación no puede ser aprobada hasta que la Comisión haya recibido los resultados de sus huellas digitales.

PLEASE TAKE NOTICE THAT SUBMITTING THIS APPLICATION DOES NOT GUARANTEE YOU WILL BE AUTHORIZED TO ENGAGE IN A PROFESSIONAL BOXING CONTEST.

TOME EN CUENTA QUE PRESENTAR ESA SOLICITUD NO GARANTIZA QUE USTED ESTARÁ AUTORIZADO PARA PARTICIPAR EN UN COMBATE DE BOXEO PROFESIONAL

PLEASE DO NOT RETURN THIS COVER PAGE WITH YOUR APPLICATION.
- THANK YOU -

NO DEVUELVA ESTA CUBIERTA CON SU SOLICITUD. - GRACIAS -

Estado de Nueva York
Departamento de Estado
Comisión Atlética del Estado (State Athletic Commission)
123 William Street
New York, NY 10038-3804
Por teléfono: (212) 417-5700
www.dos.ny.gov/athletic

APPLICATION FOR PROFESSIONAL BOXER LICENSE
SOLICITUD PARA OBTENER LICENCIA DE BOXEADOR PROFESIONAL

PART A
PARTE A

Read the instructions before completing this application.
Lea las instrucciones antes de completar esta solicitud.
You must answer each question and PRINT responses in ink.
Debe responder todas las preguntas y ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE sus respuestas con tinta.

APPLICANT'S NAME / SOLICITANTE	LAST / APELLIDO	FIRST / NOMBRE	MI / 2.° NOMBRE	SUFFIX / SUFIJO

APPLICANT'S HOME ADDRESS — NUMBER AND STREET (P.O. BOX MAY BE ADDED TO ENSURE DELIVERY)
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DEL SOLICITANTE — NÚMERO Y CALLE (SE PUEDE AGREGAR APDO. POSTAL PARA GARANTIZAR LA ENTREGA)

CITY / CIUDAD	STATE / ESTADO	ZIP + 4 / CÓD. POSTAL + 4

COUNTY / CONDADO	COUNTRY / PAÍS

SOCIAL SECURITY NUMBER (See Privacy Notification) / NÚM. DE SEGURO SOCIAL (Consulte la Notificación de privacidad)	DATE OF BIRTH (month, day, year) / FECHA DE NACIMIENTO (mes, día, año)	DAYTIME PHONE (REQUIRED; if problem with application) / TEL. DURANTE EL DÍA (OBLIGATORIO: si hubiera problema con la solicitud)

E-MAIL ADDRESS (REQUIRED)
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OBLIGATORIA)

Background Information — *You must complete this section. If you do not complete it, your application will be returned.*
Antecedentes — *Debe completar esta sección. Si no la completa, se devolverá su solicitud.*

1) Have you ever been issued either a New York State Professional Boxing License or Permit?
¿Alguna vez se le ha emitido una Licencia o Permiso de Boxeo profesional en el estado de Nueva York?
Yes ☐ **No** ☐ **➔IF "YES,"** check appropriate box: ☐ License ☐ Permit
Sí **No** **➔SI SU RESPUESTA ES "SÍ",** marque la casilla correspondiente: Licencia Permiso

2) Have you ever been convicted in this state or elsewhere of **any** criminal offense that is a misdemeanor or felony?
¿Alguna vez se le ha condenado en este estado o en otro por **algún** delito penal que sea un delito menor o uno mayor?
Yes **No** **➔IF "YES,"** provide an explanation.
Sí ☐ **No** ☐ **➔SI SU RESPUESTA ES "SÍ",** proporcione una explicación.

3) Are there any criminal charges (misdemeanors or felonies) pending against you in any court in this state or elsewhere?
¿Existe algún cargo criminal (delitos mayores o menores) pendiente en su contra en algún tribunal en este estado o en otro lugar?
Yes ☐ **No** ☐ **➔IF "YES,"** provide an explanation.
Sí **No** **➔SI SU RESPUESTA ES "SÍ",** proporcione una explicación.

4) Has **any** (not limited to boxing) license or permit issued to you or a company in which you are or were a principal in New York State or elsewhere ever been revoked, suspended or denied?
¿Se le ha emitido **algún(a)** (sin limitarse al boxeo) permiso o licencia a usted o a una compañía en donde usted sea o fue el director en el estado de Nueva York o en otro lugar que haya sido revocado(a), suspendido(a) o denegado(a)?
Yes ☐ **No** ☐ **➔IF "YES,"** provide an explanation.
Sí **No** **➔SI SU RESPUESTA ES "SÍ",** proporcione una explicación.

APPLICATION FOR PROFESSIONAL BOXER LICENSE

SOLICITUD PARA OBTENER LICENCIA DE BOXEADOR PROFESIONAL

Child Support Statement

Declaración de Sustento de menores

By signing this application, I certify that as of the date of this application, I am not under an obligation to pay child support **OR** if I am under an obligation to pay child support, I am not four or more months in arrears in the payment of child support, or I am making payments by income execution or by court agreed payment or repayment plan or by plan agreed to by the parties or my child support obligation is the subject of a pending court proceeding, or I am receiving public assistance or supplemental security income.

Al firmar esta solicitud, certifico que a partir de la fecha de esta solicitud, no tengo obligación alguna de pagar sustento de menores **O** si tengo una obligación de pagar sustento de menores, no tengo una mora de cuatro o más meses en el pago de dicho sustento, o estoy haciendo pagos por ejecución de ingresos o por medio de un plan de pagos o repagos acordado con el tribunal o por medio de un plan acordado entre las partes o mi obligación de sustento de menores es el asunto de un proceso judicial pendiente, o estoy recibiendo asistencia pública o ingresos de seguridad complementarios.

Professional Boxing Information

Información sobre boxeo profesional

You must complete this section. If you do not complete it, your application will be returned.

Debe completar esta sección. Si no la completa, se devolverá su solicitud.

1. Normal boxing weight: .....
   Peso de boxeo normal:
2. Height: .....
   Estatura:
3. Ring name (if applicable): .....
   Nombre del cuadrilátero (si aplica):
4. Distinguishing marks: …….....
   Marcas distintivas:
5. Have you ever been disqualified in any contest or disciplined by the State Athletic Commission of New York or by any other Athletic Commission for any cause whatsoever?
   ¿Alguna vez se le ha descalificado en algún combate o ha sido disciplinado por la Comisión Atlética estatal de Nueva York o por otra Comisión Atlética por cualquier otra causa?
   Yes ☐ **No** ☐ ➔**IF "YES,"** (If yes on a separate sheet of paper please provide a detailed explanation).
   Sí **No** ➔**Si su respuesta es "SÍ",** (Si su respuesta es sí, en una hoja de papel separada proporcione una explicación detallada). •
6. At what gym are you currently training? (provide name, address and phone number of gym):
   ¿En qué gimnasio entrena actualmente? (proporcione nombre, dirección y teléfono del gimnasio).
   ……
7. Manager's name (if applicable): …….....
   Nombre del gerente (si aplica):
8. Manager's address and telephone: …….....
   Dirección y teléfono del gerente:
9. Name of trainer (if applicable): ……...
   Nombre del entrenador (si aplica):
10. Name of Promoter (if applicable): ……..….
    Nombre del promotor (si aplica):

Applicant Affirmation - I subscribe and affirm under the penalties of perjury that the statements made in this application (including statements made in any accompanying papers) have been examined by me, and to the best of my knowledge and belief, are true and correct. I understand that any misstatement made on this application for approval could result in disciplinary action, including but not limited to: suspension, revocation and/or fines.

Afirmación del solicitante. Suscribo y afirmo, bajo las penalidades de perjurio, que las declaraciones presentadas en esta solicitud (incluidas las declaraciones en los papeles adjuntos) han sido examinadas por mí y, según mi leal saber y entender, son verdaderas y correctas. Comprendo que cualquier información errónea en esta solicitud para aprobación podría dar como resultado una acción disciplinaria, incluyendo, pero sin limitarse a: suspensión, revocación o multas.

"HEALTH AND SAFETY DISCLOSURE"

"DIVULGACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD"

As per the Muhammad Ali Boxing Reform Act (15 USC § 6305[c] [2000]), it is the sense of Congress that each boxing commission should present to every professional boxer a health and safety disclosure upon issuance of a Federal Identification Card. In addition to such disclosure, the New York State Athletic Commission believes that it is in the best interest of boxing to include a health and safety disclosure with every professional boxer license application filed in the State of New York.

De acuerdo con la Ley de Reforma al Boxeo Muhammad Ali (15 USC § 6305[c] [2000]), es el propósito del Congreso que cada comisión de boxeo debe

presentar a cada boxeador profesional una divulgación de salud y seguridad al emitir una Tarjeta de identificación federal. Adicionalmente a dicha divulgación, la Comisión Atlética del estado de Nueva York considera que en beneficio del boxeo se debe incluir una divulgación de salud y seguridad con cada solicitud de licencia para boxeador profesional presentada en el estado de Nueva York.

As a professional boxer you should be aware that this sport includes many health and safety risks, including but not limited to the risk of brain injury. Therefore, is it strongly recommended that every professional boxer periodically undergo the necessary medical exams and procedures that detect brain injury. In connection with this license application, certain specific medical exams and procedures intended to detect brain injury and other medical conditions contraindicated for professional boxing may be required by the State Athletic Commission. If you need further information about these exams, please contact the New York State Athletic Commission.

Como un boxeador profesional, usted debe tener conocimiento de que este deporte incluye muchos riesgos para la salud y seguridad, incluyendo, pero sin limitarse a, riesgo de lesión cerebral. Por lo tanto, se recomienda enfáticamente que todo boxeador profesional se someta periódicamente a los exámenes y procedimientos médicos necesarios que detecten lesión cerebral. En relación con esta solicitud de licencia, es posible que se soliciten ciertos exámenes y procedimientos médicos específicos indicados para detectar lesión cerebral y otras condiciones médicas contraindicadas para el boxeo profesional por parte de la Comisión Atlética del estado. Si necesita información adicional acerca de estos exámenes, comuníquese con la Comisión Atlética del estado de Nueva York.

I affirm that I understand the above statement.
Afirmo que comprendo la declaración anterior.

X _____ _____

Boxer's Signature *Date:*
Firma del boxeador *Fecha:*

FOR COMMISSION USE ONLY:
SOLO PARA USO DE LA COMISIÓN:

License Number: _____
Número de licencia:

New York State Athletic Commission

PART B
PARTE B

Boxer Medical Releases and Disclosure Sections-
Secciones de divulgación y publicaciones médicas del boxeador:

(Information provided in Part B will be maintained in each boxer's medical file)
(La información proporcionada en la Parte B se conservará en el expediente médico de cada boxeador)

NEW YORK STATE ATHLETIC COMMISSION DRUG ABUSE AND STEROID POLICY
POLÍTICA SOBRE EL ABUSO DE DROGAS Y ESTEROIDES DE LA COMISIÓN DEPORTIVA DEL ESTADO DE NUEVA YORK

I. The New York State Athletic Commission (NYSAC) requires that every boxer, as part of his/her medical examination, submit to drug and/or steroid screening in a manner directed by the NYSAC. In addition, NYSAC reserves the right to direct any licensed Boxer to submit to drug and/or steroid screening at any time during the period of licensure without prior notice to the Boxer, in accordance with NY Unconsolidated Laws § 8925[3].
La Comisión Atlética del estado de Nueva York (NYSAC) exige que todo boxeador, como parte de sus exámenes médicos, envíe un examen de drogas o esteroides de la manera en que lo indique la NYSAC. Asimismo, NYSAC se reserva el derecho de instruir a cualquier Boxeador autorizado para que presente un examen de drogas o esteroides en cualquier momento durante el periodo de licencia sin previo aviso para el Boxeador, de acuerdo con las Leyes no consolidadas de NY § 8925[3].

II. Use of controlled substances, as defined by the New York Penal Law and Public Health Law, are forbidden and may lead disciplinary action, including but not limited to: suspension, revocation, forfeiture of purse, modification of a boxing result and/or fines. Such penalties may be imposed upon any licensee or permit holder responsible for the abuse of such drugs and/or illicit substances as determined by NYSAC.
El uso de sustancias controladas, según lo definen la Ley Penal y la Ley de Salud Pública de Nueva York, está prohibido y puede llevar a una acción disciplinaria, incluyendo, pero sin limitarse a: suspensión, revocación, decomiso de la bolsa, modificación de un resultado de boxeo o multas. Dichas penalizaciones se pueden imponer sobre cualquier licenciatario o portador de permiso responsable del abuso de dichas drogas o sustancias ilícitas, según lo que determina la NYSAC.

III. If any prohibited drugs and/or substances are detected such boxer may be precluded from boxing within the State and have the results of any such previous bout modified to a "no contest."
Si se detecta alguna droga o sustancia prohibida, dicho boxeador quedará imposibilitado para boxear dentro del estado y los resultados de dicha temporada se modificarán a "sin combates".

IV. In addition to any administrative penalties, any boxer testing positive for a violation of NYSAC's drug abuse and steroid policy shall be suspended medically and may not compete in this State or elsewhere until the boxer has been medically cleared by NYSAC's medical staff.
Además de cualquier penalización administrativa, todo boxeador que arroje un resultado positivo en las pruebas para una infracción de la política de abuso de drogas y esteroides de la NYSAC será suspendido médicamente y no podrá competir en este estado ni en ningún otro hasta que el boxeador haya sido médicamente aprobado por el personal médico de NYSAC.

V. The boxer acknowledges and understands that NYSAC will vigorously enforce and seek appropriate sanctions for any violations of this policy.
El boxeador reconocer y comprende que la NYSAC implementará y buscará vigorosamente las sanciones apropiadas por cualquier violación a esta póliza.

Boxer Affirmation – By my signature below I hereby subscribe and affirm under the penalties of perjury that I have reviewed the foregoing policy on prohibited drugs and/or illicit substances, that I agree to the terms described therein and that I am not currently using or otherwise under the influence of any prohibited drugs and/or illicit substances.

Afirmación del Boxeador. Al colocar mi firma a continuación, suscribo y afirmo por este medio bajo las penalizaciones de perjurio, que he revisado la anterior política sobre drogas o sustancias ilícitas prohibidas, que estoy de acuerdo con los términos ahí descritos y que actualmente no estoy utilizando o de otra manera no estoy bajo la influencia de ninguna droga o sustancia ilícita prohibida.

Boxer Name: _____
Nombre del Boxeador:

Boxer Signature: _____
Firma del Boxeador:

Date: _____
Fecha:

-This section intentionally left blank-
-Esta sección se dejó vacía intencionalmente-

New York State Athletic Commission

MEDICAL INFORMATION RELEASE

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

AUTHORIZATION TO DISTRIBUTE MEDICAL INFORMATION TO ALL MEMBER COMMISSIONS AFFILIATED WITH THE ASSOCIATION OF BOXING COMMISSIONS (ABC)

AUTORIZACIÓN PARA DISTRIBUIR INFORMACIÓN MÉDICA A TODAS LAS COMISIONES DE MIEMBROS AFILIADAS CON LA ASOCIACIÓN DE COMISIONES DE BOXEO (ABC)

I, hereby authorize the New York State Athletic Commission to release, disclose and furnish to any other commission or program affiliated with the Association of Boxing Commissions (ABC), including its official record keeper, any and all of my medical records obtained by the New York State Athletic Commission concerning my licensure as a boxer including, but not limited to, annual physical examinations, ophthalmological examinations, neurological examinations, negative tests for the HIV virus, Hepatitis B virus, and Hepatitis C virus, drug testing, hospital records, and any other information regarding conditions related to the propriety of my licensure as a boxer (including history, findings, diagnosis and prognosis).

Yo, por este medio, autorizo a la Comisión Atlética del estado de Nueva York a divulgar, publicar y proporcionar a cualquier otra comisión o programa afiliado con la Asociación de Comisiones de Boxeo (ABC), incluyendo su registrador oficial, cualquier y todos mis registros médicos obtenidos por la Comisión Atlética del estado de Nueva York con relación a mi licencia como un boxeador, incluyendo, pero sin limitarse a, exámenes físicos anuales, exámenes oftalmológicos, exámenes neurológicos, pruebas negativas del virus VIH, virus de la Hepatitis B y de la Hepatitis C, pruebas de drogas, registros hospitalarios y cualquier otra información sobre las condiciones relacionadas con el decoro de mi licencia de boxeador (incluyendo historial, hallazgos, diagnóstico y pronóstico).

I understand, and it is agreed, that the signing of this Medical Information Release is optional, and that my declining to sign this document will not result in any adverse action being taken against me by the New York State Athletic Commission or any of the member commissions affiliated with the ABC.

Comprendo y estoy de acuerdo que firmar esta Divulgación de información médica es opcional y que mi rechazo a firmar este documento no provocará ninguna reacción adversa en mi contra por parte de la Comisión Atlética del estado de Nueva York o de cualquier otra comisión miembro afiliada a la ABC.

I understand, and it is agreed, that the medical records described herein will not be released for any purpose other than for the purpose of a member commission affiliated with the ABC determining my eligibility to participate in a boxing.

Comprendo y estoy de acuerdo en que los registros médicos descritos aquí no serán divulgados para ningún propósito que sea diferente al propósito de una comisión miembro afiliada con la ABC que se refiere a determinar mi elegibilidad para participar en un boxeo.

I understand, and it is agreed, that this authorization shall remain in effect for a period of one year from the date it is signed, and is relevant to all medical records described herein whether such records were created prior to, or subsequent to, the date the authorization is signed.

Comprendo y estoy de acuerdo en que esta autorización permanecerá vigente por un periodo de un año, a partir de la fecha en se firme, y que es relevante para todos los registros médicos descritos en esta, ya sea que dichos registros se hayan creado antes o después de la fecha en que esta autorización se firmó.

_____	_____
PRINTED NAME OF BOXER **NOMBRE EN LETRA DE MOLDE BOXEADOR**	**BOXER'S FEDERAL I.D. #** **N.° DE IDENTIFICACIÓN FEDERAL DEL DEL BOXEADOR**
_____	_____
SIGNATURE OF BOXER **FIRMA DEL BOXEADOR**	**DATE SIGNED** **FECHA DE LA FIRMA**

-This section intentionally left blank-

-Esta sección se dejó vacía intencionalmente-

New York State Athletic Commission

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD CONFORME A HIPAA

Patient Name Nombre del paciente	Date of Birth Fecha de nacimiento	Social Security Number N.° de Seguro Social
Patient Address Dirección del paciente		Patient Telephone Number Teléfono del paciente

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form:
In accordance with New York State Law and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:
Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud acerca de mi atención y tratamiento sea divulgada como se indica en este formulario. De conformidad con la Ley estatal de Nueva York y al Reglamento de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPPA), comprendo que:

1. This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL and DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT,** except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV* RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 9(a). In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 9(a), I specifically authorize release of such information to the person(s) indicated in Item 8.

   Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL y ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS,** excepto por las notas de psicoterapia y la **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada del inciso 9(a). En caso de que la información de salud descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información, y que yo haya colocado mis iniciales en la casilla del inciso 9(a), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicada(s) en el inciso 8.

2. If I am authorizing the release of HIV-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, the recipient is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that 1 have the right to request a list of people who may receive or use my HIV-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (718) 741-8400 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.

   Si autorizo dar a conocer la información relacionada con VIH, tratamiento contra alcohol o drogas o tratamiento de salud mental, el receptor tiene prohibido redivulgar dicha información sin mi autorización, salvo lo que permitan las leyes federales o estatales. Entiendo que tengo derecho de solicitar una lista de las personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experimento discriminación debido a la publicación o divulgación de información relacionada con VIH, puedo ponerme en contacto con la New York State Division of Human Rights (División de Derechos Humanos del estado de Nueva York) llamando al (718) 741-8400 o con la New York City Commission of Human Rights (Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York) llamando al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care provider listed below. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.

   Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, mediante aviso por escrito al proveedor de atención médica indicado a continuación. Comprendo que puedo revocar esta autorización, salvo hasta donde dicha acción ya haya sido tomada con base en esta autorización.

4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.

   Comprendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a que dé mi autorización para esta divulgación.

5. Information disclosed under this authorization might be redisclosed by the recipient (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.

   Es posible que cierta información divulgada bajo esta autorización pueda ser divulgada de nuevo por los destinatarios (excepto como se indicó arriba en el inciso 2), y que puede ser que esta nueva divulgación ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

6. **THIS AUTHORIZATION DOES NOT AUTHORIZE YOU TO DISCUSS MY HEALTH INFORMATION OR MEDICAL CARE WITH ANYONE OTHER THAN THE ATTORNEY OR GOVERNMENTAL AGENCY SPECIFIED IN ITEM 9 (b).**

   ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O ATENCIÓN MÉDICA CON CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA EL ABOGADO O LA AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADA EN EL INCISO 9 (b).

7. Name and address of health provider or entity to release this information:
Nombre y domicilio del proveedor de salud o de la entidad a quien se dará a conocer esta información:

8. Name and address of person(s) or category of person to whom this information will be sent:
Nombre y domicilio de la persona o personas o categoría de personas a quienes se enviará esta información:

New York State Athletic Commission, 123 William St., New York, NY 10038

9(a). Specific information to be released:
Información específica que se divulgará:

☐ Medical Record from (insert date)_____ to (insert date)_____
Expediente médico desde (insertar fecha) hasta (insertar fecha)

☑ Entire Medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to you by other health care providers.
Todo el expediente médico, incluido el historial del paciente, notas de la oficina (salvo notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, películas, recomendaciones, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.

☐ Other:_____
Otros:
_____

Include: (Indicate by Initialing)
Incluye: (indicado por medio de las iniciales)

_____ **Alcohol/Drug Treatment**
Tratamiento contra el abuso del alcohol/ drogas

_____ **Mental Health Information**
Información de salud mental

_____ **HIV-Related Information**
Información relacionada con VIH

Authorization to Discuss Health Information
Autorización para conversar sobre la información de salud

(b) ☑ By initialing here _____ I authorize _____
Al colocar mis iniciales aquí autorizo a
Initials Name of individual health care provider
Iniciales Nombre del proveedor de atención médica individual
to discuss my health information with my attorney, or a governmental agency, listed here:
para discutir mi información de salud con mi abogado, o una agencia gubernamental, enumerada aquí:

New York State Athletic Commission
(Attorney/Firm Name or Governmental Agency Name)
(Nombre del abogado/firma o Nombre de la agencia gubernamental)

10. Reason for release of information:
Razón para divulgar información:
☑ At request of individual
A solicitud de la persona individual
☐ Other:
Otro:

11. Date or event on which this authorization will expire:
Fecha o evento en el cual vence esta autorización:

One year from this date
Un año a partir de esta fecha

12. If not the patient, name of person signing form:
Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:
N/A

13. Authority to sign on behalf of patient:
Autoridad para firmar en nombre del paciente:
N/A

All items on this form have been completed and my questions about this form have been answered in addition, I have been provided a copy of the form.
Todos los puntos de este formulario han sido completados y mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

_____ Date: _____
(Signature of patient or representative authorized by law) Fecha:
(Firma del paciente o representante autorizado por ley)

*** Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts.**
*** Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente pudiera identificar a alguien de tener síntomas de VIH o infección e información sobre los contactos de una persona.**