



104507

MR#: _____
 Fecha de finalización _____
 Páginas copiadas: _____
 Iniciales: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD

Sujeto a las declaraciones impresas al dorso, yo, el paciente o representante legal que suscribe, por la presente autorizo el uso y la divulgación de información de salud, incluyendo, si corresponde, información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales, abuso de drogas y/o alcohol, información relacionada con el VIH y servicios reproductivos.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

COMPLETA LO SIGUIENTE PARA DIVULGAR/OBTENER

Autorizo a _____ a divulgar/obtener información médica a: _____
Nombre del establecimiento
 Dirección _____
Calle Pueblo Estado Código postal
 Teléfono #: _____ Fax#: _____

Método de divulgación/obtención:

Correo Verbal Recogida Revisión Electrónico MyChart Plus Fax _____

Las fechas de servicio y el tipo de información que se utilizarán o divulgarán son los siguientes:

Servicios de atención de salud reproductiva Registro de salud mental Registros de abuso de sustancias Información relacionada con el VIH

Fecha(s) del tratamiento o intervalo de fechas _____

Resumen de Registros Registros de Facturación Consultas Resumen de Alta/ Registro de la Sala de Emergencias
 Registro Completo Historial y Examen Físico Informes de Laboratorio Traslado Inscripción en MyChart Plus
 Informes Quirúrgicos Informes de Patología Informes de Progreso Evaluación Psiquiátrica Pruebas Psicológicas/Neurológicas
 Imágenes Radiológicas Informes Radiológicos Plan de Tratamiento Otros _____

El propósito de esta divulgación o uso es por la siguiente razón: (Opcional)

Médico Legal Discapacidad Seguro A solicitud del paciente Otro _____

- Esta autorización vencerá (fecha) _____. Si no se completa la fecha, esta autorización caducará un año después de la fecha de la firma a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a Relaciones con el Paciente. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que, según la ley aplicable, la información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una mayor divulgación por parte del destinatario y, por lo tanto, puede que ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.
- Entiendo que mi tratamiento o la continuación del tratamiento no está condicionado de ninguna manera a que firme o no esta autorización y que puedo negarme a firmarla.
- Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará.
- El tutor legal debe firmar esta autorización si el paciente es menor de edad.
- Los menores de edad que reciben tratamiento por abuso de drogas, salud mental o enfermedades venéreas pueden firmar su propia autorización.

Puede enviarse la autorización a:

- Backus Health Information Management, 326 Washington Street, Norwich, CT 06360 - Fax# 860.892.2723
- Charlotte Hungerford Health Information Management, 540 Litchfield Street, Torrington, CT 06790 – Fax# 860.496.6633
- Hartford Healthcare at Home, 181 Patricia M. Genova Dr., HIM Dept. 3rd Fl, Newington, CT 06111 – Fax 860-380-1730
- HH/IOL Health Information Management, 80 Seymour St, Bliss 104, Hartford, CT 06102 – Fax# 860.545.6764 or 545.6446
- HOCC Health Information Management, 100 Grand Street, New Britain, CT 06050 - Fax# 860.224.5920
- MidState Health Information Management, 435 Lewis Avenue, Meriden, CT 06451 - Fax# 203.694.7605
- Natchaug Health Information Management, 189 Storrs Road, Mansfield Center, CT 06250 - Fax# 860.456.1381
- Rushford Health Information Management, 1250 Silver Street, Middletown, CT 06457 – Fax# 860.346.9038
- St. Vincent-Behavioral Health Information Management, 2800 Main Street Bridgeport, CT 06606 – Fax# 203-581-6556
- Windham Health Information Management, 112 Mansfield Avenue, Willimantic, CT 06226 - Fax# 860.456.6885
- HHCMG _____

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Hora

Relación con el paciente: Uno mismo Padre/Madre Tutor Curador Poder notarial
 Administrador / albacea testamentario Familiar más próximo documentado

Si firma el representante legal, adjuntar la documentación pertinente para verificar la autoridad.



INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH

En caso de que la divulgación de información constituya información confidencial relacionada con el VIH protegida por la ley de Connecticut: esta información te ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal te prohíbe realizar cualquier otra divulgación de la misma sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita dicha ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito.

INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA

En caso de que la información divulgada constituya información psiquiátrica confidencial protegida por la ley de Connecticut: Esta información te ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal te prohíbe realizar cualquier otra divulgación de la misma o utilizarla para cualquier propósito que no sea el indicado anteriormente sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita dicha ley.

REGISTROS DE ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL

En caso de que la información divulgada esté protegida por las Regulaciones de Confidencialidad de Registros de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas del HHS:

Esta información te ha sido revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales te prohíben realizar cualquier otra divulgación de esta información a menos que se permita expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita de otro modo la 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA REPRODUCTIVA

En caso de que la información divulgada constituya información sobre servicios de atención médica reproductiva protegida por la ley de Connecticut: Esta información te ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por la ley estatal. Un paciente, o su tutor, curador u otro representante autorizado tiene derecho a negar el consentimiento por escrito para divulgar esta información, a menos que la ley permita la divulgación de información sobre servicios de atención médica reproductiva sin consentimiento por escrito, como (1) de conformidad con la ley de Connecticut o las reglas judiciales prescritas por la Rama Judicial de Connecticut; (2) al abogado o asegurador de una entidad cubierta para su uso en la defensa de una acción o procedimiento; (3) al Comisionado de Salud Pública en relación con la investigación de una queja, si dichos registros están relacionados con la queja, o (4) si se sabe o se sospecha de buena fe que se ha producido abuso infantil, abuso de una persona mayor, abuso de una persona físicamente discapacitada o incompetente o abuso de una persona con discapacidad intelectual.