



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD

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

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### COMPLETE LOS CAMPOS A CONTINUACIÓN PARA DIVULGAR O SOLICITAR INFORMACIÓN

Autorizo a \_\_\_\_\_ a divulgarle o solicitarle información de salud a: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Nombre del centro

\_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### Método de divulgación u obtención:

Correo postal  Vía oral  Retiro  Revisión  Vía electrónica  MyChart Plus  Fax \_\_\_\_\_

#### Las fechas de servicio y los tipos de información que se usarán o divulgarán son los siguientes:

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

Fechas de tratamiento o rango de fechas: \_\_\_\_\_

Resumen del registro  Registros de facturación  Consultas  Informe de alta o traslado  Registro del DE  
 Registro completo  Anamnesis y exploración física  Informes de laboratorio  Informes de evolución  Inscripción en MyChart Plus  
 Informes quirúrgicos  Informes patológicos  Evaluación psiquiátrica  Pruebas psiquiátricas/neurológicas  
 Radiografías  Informes radiológicos  Plan de tratamiento  Otro \_\_\_\_\_

#### El motivo de esta divulgación o uso es el siguiente: (opcional)

Médico  Legal  Discapacidad  Seguro  Solicitud del/de la paciente  Otro \_\_\_\_\_

- Esta autorización expirará el (fecha) \_\_\_\_\_. Si la fecha no se completa, esta autorización expirará un año luego de la fecha de la firma que se indica abajo. Entiendo que podré revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una notificación por escrito a Relaciones con los Pacientes. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que, conforme a las leyes vigentes, la información divulgada en virtud de esta autorización podrá estar sujeta a otras divulgaciones del receptor y, por lo tanto, es posible que en ese caso la información ya no esté protegida por las normas de privacidad federales.
- Entiendo que mi tratamiento o la continuación de este no están condicionados de forma alguna por el hecho de que firme o no esta autorización, y que puedo negarme a firmarla.
- Entiendo que podré inspeccionar o copiar la información que se usará o se divulgará.
- Si el/la paciente es menor de edad, el tutor legal debe firmar esta autorización.
- Los menores que estén recibiendo tratamiento por abuso de drogas, de salud mental o por enfermedades venéreas pueden firmar su propia autorización.

#### La autorización puede enviarse a las siguientes ubicaciones:

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

\_\_\_\_\_  
 Firma del/de la paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Hora

Relación con el/la paciente:  Paciente  Padre/madre  Tutor  Curador  Apoderado  
 Administrador/albacea del patrimonio  Familiar más cercano registrado

Si firma el representante legal, se debe adjuntar la documentación correspondiente 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 las leyes de Connecticut: esta información se le proporciona a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por las leyes estatales. Dichas leyes prohíben que continúe divulgándola sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece o de cualquier otra manera permitida por las leyes mencionadas. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin.

**INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA**

En caso de que la divulgación de información constituya información psiquiátrica confidencial protegida por las leyes de Connecticut: esta información se le proporciona a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por las leyes estatales. Las leyes estatales prohíben que continúe divulgándola o utilizándola para cualquier fin que no sea el indicado anteriormente sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece o de cualquier otra manera permitida por las leyes mencionadas.

**REGISTROS DE ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL**

En caso de que la información divulgada esté protegida por las normas de confidencialidad relativas a los registros de pacientes con abuso de alcohol o drogas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS):

Esta información se le proporciona a partir de registros protegidos por normas de confidencialidad federales (parte 2 del título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR]). Las normas federales prohíben que continúe divulgándola a menos que esto esté explícitamente permitido a través del consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o de cualquier otra manera conforme a la parte 2 del título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen todo uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con historial de abuso de alcohol o drogas.

**INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA**

En caso de que la información divulgada constituya información de servicios de salud reproductiva protegida por las leyes de Connecticut: Esta información le ha sido divulgada a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por las leyes estatales. El/la paciente, o su curador, tutor u otro representante autorizado, tiene derecho a negar su consentimiento por escrito para divulgar esta información, a menos que la ley permita la divulgación de información sobre servicios de salud reproductiva sin consentimiento por escrito, como (1) de conformidad con las leyes de Connecticut o las reglas del tribunal establecidas por el Poder Judicial de Connecticut; al abogado o asegurador de una entidad cubierta para su uso en la defensa de una demanda o un procedimiento; al Comisario de Salud Pública en relación con la investigación de una queja, si dichos registros están relacionados con la queja, o si se tiene conocimiento o se sospecha de buena fe de abusos a menores, a personas mayores, a personas con discapacidad física o incompetentes o a personas con discapacidad intelectual.