



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR / OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD

Sujeto a las declaraciones impresas al dorso, yo, el paciente o el representante legal que suscribe, por la presente autorizo el uso y divulgación de la información de salud que incluye, si corresponde, la información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad mental, abuso de drogas y/o alcohol e información relacionada con el VIH.

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

### COMPLETAR ABAJO PARA DIVULGAR/OBTENER

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ a divulgar/obtener información de salud para: \_\_\_\_\_

Nombre del centro

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono No.: \_\_\_\_\_ Fax No.: \_\_\_\_\_

#### Método de divulgación/obtención:

Correo  Verbal  Retiro  Revisión  Electrónico  MyChart  Fax \_\_\_\_\_

#### Las fechas de servicio y el o los tipos de información que se usará o divulgará son como sigue:

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

Fecha(s) de tratamiento o rango de fechas: \_\_\_\_\_

- |   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historial y físico                 | <input type="checkbox"/> Resumen de alta        | <input type="checkbox"/> Registro DE             | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos  | <input type="checkbox"/> Consultas            |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio            | <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Placas radiográficas    | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Informes de progreso |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación           | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento    | <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Resumen               | <input type="checkbox"/> Registro completo    |
| <input type="checkbox"/> Inscripción en portal de pacientes | <input type="checkbox"/> Otro _____             |  |  |   |

#### El propósito de esta divulgación o uso es por los siguientes motivos: (Opcional)

Médico  Legal  Incapacidad  Seguro  Solicitud del paciente  Otro \_\_\_\_\_

- Esta autorización caducará el (fecha) \_\_\_\_\_. Si no se completa la fecha, esta autorización caducará un año después de la fecha de abajo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a Relaciones con los pacientes. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido liberada en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que bajo la ley en vigencia la información divulgada bajo esta autorización puede quedar sujeta a divulgación posterior por el destinatario y, por lo tanto, puede ya no estar protegida por los reglamentos federales de privacidad.
- Entiendo que mi tratamiento o la continuación de mi tratamiento no está condicionado de forma alguna porque yo firme o no firme esta autorización y que puedo rehusarme a firmarla.
- Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información a ser usada o divulgada.

#### Se puede enviar la autorización a:

- Backus Health Information Management, 326 Washington Street, Norwich, CT 06360 - Fax No. 860.892.2723
- HH Health Information Management, 80 Seymour St, Bliss 139, Hartford, CT 06102 - Fax No. 860.545.6764 o 545.6446
- IOL Health Information Management, 80 Seymour St, Bliss 139, Hartford, CT 06102 - Fax No. 860.545.2328
- HOCC Health Information Management, 100 Grand Street, New Britain, CT 06050 - Fax No. 860.224.5920
- MidState Health Information Management, 435 Lewis Avenue, Meriden, CT 06451 - Fax No. 203.694.7605
- Natchaug Health Information Management, 189 Storrs Road, Mansfield Center, CT 06250 - Fax No. 860.456.1381
- Rushford Health Information Management, 1250 Silver Street, Middletown, CT 06457 - Fax No. 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 No. 860.456.6885
- Charlotte Hungerford Health Information Management, 540 Litchfield Street, Torrington, CT 06790 - Fax No. 860.496.6633
- Hartford Healthcare at Home, 181 Patricia M. Genova Dr., Curtiss Building, HIM Dept. 3<sup>rd</sup> FL, Newington, CT 06111
- Hartford Healthcare Medical Group
- Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

Relación con el paciente:  Mismo  Padre/Madre  Tutor  Conservador  Poder notarial  
 Administrador / Albacea del estado

*Si la firma el Representante legal, adjuntar la documentación apropiada para verificar autoridad*



**INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH**

En caso de que la información liberada constituya información confidencial relacionada con el VIH protegida bajo la ley de Connecticut: Esta información le ha sido divulgada de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer ninguna divulgación adicional de la misma sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o de otra forma permitida por dicha ley. Una autorización general para la liberación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito.

**INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA**

En caso de que la información liberada constituya información confidencial psiquiátrica protegida bajo la ley de Connecticut: Esta información le ha sido divulgada de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer ninguna divulgación adicional de la misma sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o de otra forma permitida por dicha ley.

**REGISTROS DE ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL**

En caso de que la información liberada esté protegida por los *HHS Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records Regulations* (Reglamentos para la confidencialidad de registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas de HHS):

Esta información le ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer ninguna divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o permitido de otro modo por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la liberación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen todo uso de la información a la investigación criminal o el procesamiento de cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.