

Un Socio de Hartford HealthCare

### Consentimiento para los medios de comunicación

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

De acuerdo a las declaraciones impresas al dorso, yo, el paciente que suscribe, por la presente autorizo a Hartford Hospital, sus empleados, agentes y al personal médico que me atiende a liberar la información protegida de salud, incluso, si corresponde, información protegida sobre abuso de drogas y/o alcohol, información confidencial relacionada con el VIH e información psiquiátrica ("Información Protegida de Salud") relacionada al cuidado recibido en Hartford Hospital, o a registrar o documentar exámenes, procedimientos médicos, procedimientos quirúrgicos y otras imágenes mías o de mi hijo/a por medio de entrevistas, fotografías, cintas de video, cintas de audio, películas o imágenes digitales y cualquier otro medio desarrollado posteriormente que dé como resultado la documentación permanente de mi historia de caso o imagen o de la de mi hijo/a para los siguientes usos y propósitos a la siguiente (listar por nombre):

Nombre/Institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono (si lo sabe): \_\_\_\_\_

Especificar qué Información Protegida de Salud a ser divulgada: \_\_\_\_\_

Especificar si hay limitaciones en la divulgación \_\_\_\_\_

Esta autorización y cualquier información liberada de acuerdo a la misma debe ser utilizada para el/los siguiente(s) propósito(s):

- Uso en conexión con mi cuidado y tratamiento.
- Uso en conexión con investigaciones médicas y educación.
- Uso por el Hospital para relaciones públicas y/o propósitos publicitarios.
- Uso por los medios de noticias.
- Como cortesía para mí, si la solicito.
- Otros propósitos según se especifica: \_\_\_\_\_

Accedo a que una copia de esta autorización será tan válida como el original. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo al Oficial de Privacidad del Hospital por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que el Hospital haya llevado a cabo antes de recibir la revocación.

Entiendo que bajo la ley aplicable la información divulgada bajo esta autorización puede quedar sujeta a posterior divulgación por el destinatario y, por lo tanto, ya no estará protegida por regulaciones de privacidad federal.

Entiendo que mi tratamiento o continuidad del tratamiento por el Hospital no está condicionado en forma alguna por si firmo o no firmo esta autorización y que me puedo negar a firmarla.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\*Nota:** Si firma como representante legalmente autorizado del paciente, indique aquí su relación con el paciente (esto debería demostrar su autoridad para consenter el cuidado de salud para el paciente):

\_\_\_\_\_

Toda información liberada por Hartford Hospital a personas autorizadas queda sujeta a los siguientes avisos:

**Información psiquiátrica:**

En caso de que la información liberada esté compuesta por información psiquiátrica confidencial protegida bajo la ley de Connecticut:

Esta información se le ha divulgado de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal prohíbe que usted la vuelva a divulgar o que la use para cualquier otro propósito que el indicado arriba sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece, o según lo permita dicha ley.

**Información sobre el abuso de drogas y alcohol:**

En caso de que la información liberada esté protegida por las regulaciones de HHS sobre Confidencialidad de los registros de los pacientes sobre el abuso de drogas y alcohol:

Esta información le ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben que usted vuelva a divulgar esta información a menos que la posterior divulgación sea permitida de forma expresa por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido 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 para investigación criminal o procesamiento de cualquier paciente que abuse de drogas o alcohol.

**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 ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer cualquier divulgación posterior de la misma sin el consentimiento escrito específico de la persona a la que pertenece, o según lo permita dicha ley. Una autorización para la liberación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito.