



104507

MR#: _____
Día completado: _____
Páginas copiadas: _____
Iniciales: _____

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 PARA QUE EL INSTITUTE OF LIVING DIVULGUE	COMPLETAR PARA QUE EL INSTITUTE OF LIVING OBTENGA
Autorizo al Institute of Living a divulgar información de salud a: Nombre: _____ Institución: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono No.: _____ Fax No.: _____	Autorizo a _____ a divulgarle información de salud al departamento: _____ Institute of Living 80 Seymour Street P.O. Box 5037 Hartford, CT 06102-5037 Persona de contacto: _____ Teléfono No.: _____ Fax: _____
Método de divulgación: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Entregado <input type="checkbox"/> Revisión	
Las fechas de servicio y el o los tipos de información que se usará o divulgará son como sigue: Fecha(s) de tratamiento: _____ <input type="checkbox"/> Historial físico <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Registro DE <input type="checkbox"/> Admisión y eval. psiquiátrica <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Reportes laboratorio <input type="checkbox"/> Reportes radiología <input type="checkbox"/> Reportes ECG/EEG <input type="checkbox"/> Pruebas psiq./neurol. <input type="checkbox"/> Valoración psicosocial <input type="checkbox"/> Inf. Progreso/TPR <input type="checkbox"/> Registros facturación <input type="checkbox"/> Expediente completo <input type="checkbox"/> Otro _____	
El propósito de esta divulgación o uso es por los siguientes motivos: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Solicitud del paciente <input type="checkbox"/> Otro _____	

- Esta autorización será válida por un período de un año a partir de la fecha de abajo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Patient Relations (Relaciones con los pacientes) por escrito. 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 por parte del Institute of Living no está condicionado de forma alguna por que 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. Entiendo que existe un cargo por las copias.
- El padre o tutor legal debe firmar esta autorización si el paciente es menor (tiene menos de 16 años) o tiene un tutor legal.
- Los menores que reciben un tratamiento por abuso de drogas o tratamiento para enfermedad venérea pueden firmar su propia autorización.

Autorización puede ser enviada a : Health Information Management
80 Seymour Street Bliss 139
Hartford, CT 06102-5037

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Hora

Testigo

Relación con el paciente: Mismo Padre Representante
 Conservador Albacea del estado Poder notarial Otro

Si está firmada por el Representante legal, adjuntar la documentación apropiada para verificar autoridad.



104507

MR#: _____

Día completado: _____

Páginas copiadas: _____

Iniciales: _____

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 estadual. La ley estadual 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 estadual. La ley estadual le prohíbe hacer ninguna divulgación adicional de la misma o usarla para cualquier propósito que no sea el indicado arriba 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 las 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.