

 **Autorización para Divulgar Información de Salud**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL PACIENTE | FECHA DE NACIMIENTO |
| DIRECCIÓN | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL(solo los últimos 4 dígitos) XXX – XX -  |
| CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL | NÚMERO DE TELÉFONO |

 **LIBERAR** información de mi expediente médico PARA:  **OBTENER** información DE:

Nombre de la oficina/ proveedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Información a divulgar / obtenida: Fechas de Servicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Registros Completos  Notas de progreso

 Registros de medicación  Informes de radiología

 Reportes de Patología  Psic/Drogas/Alcohol/VIH

 Informes hospitalarios  Pruebas de laboratorio

 Registro completo (Se considerará la divulgación del registro completo SÓLO cuando las subsecciones del registro no sirvan para el propósito previsto de la divulgación).

 Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Facturas Fechas de Servicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Entiendo que la información que se divulgará u obtendrá puede incluir información de salud mental de acuerdo con CGS 52-146(d), información sobre tratamiento de abuso de sustancias de acuerdo con 42 CFR 2.12.67 y/o información relacionada con el VIH/SIDA de acuerdo con CGS 19a-586(a), excepto lo indicado a continuación.

 No hay información sobre el tratamiento de salud mental  No hay información sobre el tratamiento por abuso de sustancias  Sin VIH/SIDA

1. Entiendo que es posible que haya autorizado previamente la divulgación de documentos de otras instalaciones que ***puedan incluir información relacionada con el SIDA, la infección por VIH, servicios de salud conductual/atención psiquiátrica, tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas.***
2. Método de divulgación:

 Correo  Fax  Recogida (Indicar número de contacto para cuando los registros estén listos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o nombre y relación con el paciente de la persona autorizada para recoger los registros que se entregan del centro:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Solicito que esta información se divulgue con el propósito de *( es decir , razones legales, atención continua, seguro, otra opinión médica, compensación laboral, investigación, uso personal, Seguro Social)* :

|  |
| --- |
|  |
|  |

7. Entiendo que esta autorización puede ser revocada **por escrito** en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basándose en esta autorización. Esta autorización expirará automáticamente a los 6 meses de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario en el espacio provisto aquí. **FECHA DE VENCIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

8. Entiendo que puedo inspeccionar y copiar la información que se utilizará y divulgará según esta autorización y que puedo recibir una copia de este formulario de autorización firmado. Puede haber una tarifa asociada con la copia, que no excederá lo autorizado por la ley del estado de Connecticut.

9. Por la presente, el centro, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente.

10. Entiendo que Alliance Medical Group no puede condicionar el tratamiento a la provisión de esta autorización, excepto en casos de protocolos de tratamiento relacionados con investigaciones o estudios realizados por terceros externos a través de Waterbury Hospital. En tales casos, se deberá firmar como condición de participación una autorización específica para los protocolos/estudios de tratamiento relacionados con la investigación.

11. Entiendo que mi información personal de salud se divulgará en formato impreso.

**Aviso a los destinatarios:**

*Como destinatario de esta información, usted puede utilizarla únicamente para los fines indicados. Puede revelar esta información a otra parte ÚNICAMENTE:*

* *Con autorización escrita del paciente o su representante legal;*
* *Según lo requiera o autorice la ley estatal y/o federal; o*
* *Si es necesario con urgencia para la atención continua del paciente* ***.***

Si esta divulgación contiene información relacionada con educación, capacitación, tratamiento, rehabilitación o investigación sobre VIH, salud conductual, abuso de alcohol o drogas, se aplicará lo siguiente:

**Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las regulaciones federales (Título 42 CFR Parte 2 y Capítulo 368x) le prohíben realizar más divulgaciones sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitan dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito.**

**Aviso a la persona que solicita la divulgación:**

Su firma a continuación indica que comprende que si la organización autorizada para recibir la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud, y la información divulgada NO está protegida por el Título 42 CFR Parte 2 y el Capítulo. 368x, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las Regulaciones Federales de Privacidad de HIPAA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante Legal Fecha Hora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre impreso del Representante Legal Relación con el paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la persona que recoge el registro Relación con el paciente

*Por favor devuelva esta divulgación completa a:*

 ***Alliance Medical Group***

 ***1625 Straits Turnpike Middlebury, CT 06762***

Revisado 2/28/24