



94 Connecticut Boulevard
 East Hartford, Connecticut 06108
 Phone: 860-528-1359 Fax: 860-528-5180

Autorización para la diseminación de información de salud protegida (Registros Medicos/Dentales)

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirreccion: _____

Telefono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____

Organizacion: _____

Dirreccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono: (____) _____ Fax: (____) _____

copias por correo copias de fax (hasta 10 páginas, de lo contrario correo)

copias por recojan – POR QUIEN Nombre: _____ (identificacion se requierirá)

A petición del paciente o el representante legítimo del paciente

Otros (explica) _____

- Toda la historica clinica
- Examen fisico más reciente
- Los registros de vacunación
- Los resultados de laboratorio
- Radiografías y otras imágenes
- Los registros dentales
- Otra: _____

La siguiente información de salud protegida **sólo se dará a conocer con su firma:**

El alcohol o abuso de drogas: _____

AIDS or HIV: _____

Salud Mental / Trastornos psiquiátricos : _____

Si usted no está solicitando una historia clínica completa, por favor indique las fechas de servicio:

Comienzo: ____/____/____ terminando en la fecha: ____/____/____

Mi autorización es dada libremente con el entendimiento de que:

- Puedo rechazar firmar esta autorización, el centro de salud no puede condicionar mi tratamiento en mi disposición de esta autorización. Sin embargo, el centro de salud puede cobrar una tarifa para copiar y franqueo de primera clase relacionados con el uso/divulgación de mi información de salud bajo esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una petición escrita al centro de salud excepto en casos donde la información ha sido publicada en la confianza de mi autorización.
- Esta autorización es válida por un año desde la fecha que yo he firmado o en la siguiente fecha (por lo menos 30 días después de haber firmado) _____.
- La información puede ser sujeta a re-divulgación por el recipiente y ya no puede ser protegida por las prácticas de privacidad de este centro de salud, o ley de privacidad aplicables.

CUALQUIER INFORMACIÓN PUBLICADA POR EL PROVEEDOR A LAS PERSONAS AUTORIZADAS ES SUJETO A LOS

SIGUIENTES AVISOS: Información de abuso de drogas y licor:

En caso de que la información emitida es protegida por la confidencialidad de abuso de alcohol y drogas reglamentos de registros de pacientes:

Esta información ha sido revelada a usted de archivos protegidos por normas de confidencialidad federal (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben efectuar más divulgación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien le pertenece o de otro modo permitido por 42 CFR Parte 2.

Una autorización general para la divulgación de información medica o de otra índole NO ES suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar criminalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Información relacionada del VIH:

En caso de que la información emitida constituye información confidencial relacionada con el VIH, protegida por las leyes de Connecticut:

Esta información ha sido revelada a usted de archivos cuya confidencialidad está protegida por la ley. La ley estatal le prohíbe que cualquier divulgación ulterior de la misma sin la específica autorización por escrito de la persona a quien le pertenece, o según permitido por la ley. Una autorización general para la divulgación de información medica o de otra índole NO ES suficiente para este propósito.

 Firma del paciente o representante legítimo del paciente

 Fecha

relación con el paciente (por favor marque uno): Madre Padre Custodio Other (explica) _____