

ESTADO DE CONNECTICUT
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y SEVICIOS DE ADICCIÓN
410 Capitol Avenue, 4th Floor,
MS#14COM



P.O. Box 341431, Hartford, CT 06134

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD
ES UN DOCUMENTO LEGAL Y NO SERÁ ACEPTADO SIN ESTAR LLENADO COMPLETAMENTE**

Paciente/Cliente (apellido, nombre) _____ Fecha de nacimiento _____ MPI # _____ Últimos 4 dígitos de Seguro Social _____

Yo, el otorgante suscrito, autorizo la agencia arriba citada: DIVULGAR información a OBTENER información de

Nombre de persona _____ Nombre de agencia _____

Calle/Buzón: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Yo entiendo que la autorización es voluntaria y la información divulgada/obtenida puede incluir datos relacionados con el tratamiento de problemas médicos, psiquiátricos, abuso de drogas, y/o VIH/SIDA a menos que por demás se especifique:

Limitaciones/Restricciones _____

Propósito de la autorización: Evaluación/Tratamiento Determinación de beneficios
(Marque la casilla que aplique) Colocación/Referencia Coordinación de manejo de caso
 Otro (especifique): _____

Información para divulgar o obtener: (Marque la casilla que aplique)

Evaluación psiquiátrica Historia médica y examen físico Resultados de evaluaciones (especifique):
 Historia/evaluación psicosocial Resumen de alta/traslado _____
 Evaluación psicológica Historia de medicamentos
 Planes de tratamiento Otro (especifique): _____

Fechas de tratamiento cubiertas por esta solicitud:

Todos los episodios anteriores hasta el día de alta del episodio actual
 Se limita a la(s) siguiente(s) fecha(s):

Esta autorización, si no se cancela, caducará:

Fecha (que no exceda 12 meses), evento o condición en que se basa la caducidad de esta autorización. Si se deja en blanco, la autorización caducará 12 meses de la fecha de la firma más abajo.

Yo entiendo que rehusar firmar esta autorización no afectará en absoluto mi derecho de obtener tratamiento en el presente y en el futuro, excepto donde la divulgación de tales comunicaciones y archivos sea necesaria para el tratamiento. Entiendo además que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al firmar la sección "CANCELACIÓN/REVOCACIÓN" más abajo, excepto a tal punto que se haya tomado acción a base de la misma. Entiendo además que la confidencialidad de los archivos psiquiátricos, de abuso de drogas y/o alcohol y de VIH/SIDA está protegida bajo las Leyes Estatales y Federales y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito a menos que la ley disponga de otra manera. La información divulgada por esta agencia según esta autorización puede ser sujeta a divulgación adicional por parte del receptor y dejar de ser protegida bajo la Ley Federal. Entiendo que esta autorización es voluntaria y la información divulgada/obtenida puede incluir datos relacionados con el tratamiento de problemas médicos, psiquiátricos, abuso de drogas, y/o VIH/SIDA a menos que se especifique arriba.

Firma del Paciente/Cliente/Apoderado* _____ Fecha _____

Por solicitud una copia de esta autorización será proveída al Paciente/Cliente/Apoderado.

CANCELACIÓN/REVOCACIÓN: _____ Firma del Paciente/Cliente/Apoderado* _____ Fecha _____

*Si este formulario está firmado por el apoderado del paciente, una copia del nombramiento legal tendrá que adjuntarse.

Curador/Tutor Albacea de la herencia Otro (especifique): _____

Sólo para uso de oficina: Sólo archivo Enviar atención a: _____

NOTA: La confidencialidad de archivos psiquiátricos, de abuso de drogas y/o alcohol y de VIH está requerida y ninguna información de estos archivos específicos será enviada/divulgada a nadie sin consentimiento/autorización por escrito como indicado bajo las leyes generales del Estado de Connecticut, Capítulos 899c, 368x, y la regulación Federal 42 CFR 2. Estas leyes le prohíben hacer divulgación adicional sin consentimiento/autorización por escrito de la persona a quien se refiere. Para estos propósitos, una autorización general NO es suficiente.