



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE – _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Sujeto a los enunciados de la página siguiente, yo, el cliente abajo firmante, por el presente autorizo a _____ para (ingresar iniciales):

___ **recibir** información protegida de salud de quien se indica más abajo; **Y/O**

___ **divulgar** información protegida de salud a quien se indica más abajo:

Agencia/Centro/Persona: _____

Dirección: _____

Nombre del contacto: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Fax: _____

Naturaleza y alcance de la información protegida de salud que se usará, recibirá o divulgará (ingresar iniciales):

- | | |
|---|--|
| ___ Admisión/traslado al hospital/ otra instalación | ___ Resultados de análisis de laboratorio |
| ___ Valoraciones/evaluaciones | ___ Información legal/judicial |
| ___ Asistencia, horarios, información de seguridad | ___ Exámenes médicos/exploraciones físicas |
| ___ Fechas de admisión y alta | ___ Asistencia pública/Derechos |
| ___ Diagnóstico | ___ Notas sobre tratamiento/
progreso/informe cronológico |
| ___ Información de alta/traslado | ___ Plan de tratamiento/Plan de servicio |
| ___ Información de empleo/vocacional | |
| ___ Historia clínica completa | |
| ___ Otro: _____ | |

Si los registros marcados arriba contienen los siguientes tipos de información protegida de salud, autorizo la divulgación de información relacionada con (ingresar iniciales):

- ___ Salud mental o conductual
- ___ Trastorno por consumo de sustancias
- ___ VIH/SIDA

La información marcada arriba se puede divulgar durante el siguiente período (ingresar iniciales):

___ Toda la información obtenida **en cualquier momento** hasta _____ y/o _____; **O**
___ Información obtenida: Desde: _____ Hasta: _____

Limitaciones de la divulgación: _____

Especifique el propósito por el que se solicita la información por medio de esta autorización (ingresar iniciales):

___ A solicitud de la persona; **O** ___ Otro: _____

Esta autorización, si no se revoca, vencerá (ingresar iniciales):

___ Un (1) año después de completar mi(s) evaluación/tratamiento/servicios en _____; **O**
___ Otro: _____ (Especificar la fecha, el evento o la condición que marquen el vencimiento de esta autorización)

Entiendo que al firmar esta Autorización, estoy de acuerdo con el uso, recibo o divulgación de la información marcada anteriormente. También entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al oficial de privacidad de la parte que hace la divulgación, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de esta Autorización.

Entiendo que, generalmente, _____ (*nombre del programa*) no podrá condicionar mi tratamiento ni la continuidad del tratamiento en función de si firmo o no esta autorización, y puedo negarme a firmarla. En circunstancias limitadas específicas se me podrá negar el tratamiento si no firmo un consentimiento para divulgación en relación con el tratamiento, el pago o las operaciones del programa. Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a divulgaciones posteriores por parte de sus receptores, a menos que esté protegida por las leyes de confidencialidad que se describen a continuación. Entiendo que puedo recibir una copia de este formulario de autorización. Acepto que una copia de esta autorización tenga la misma validez que la original.

Nombre del cliente o su representante personal
en letra de imprenta

Si no firma el cliente, describir la relación/autoridad
para firmar por el cliente:

Firma del cliente (o padre/tutor/representante)

Fecha

Nombre del empleado
en letra de imprenta

Firma del empleado

Fecha

ENUNCIADOS SOBRE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

La información divulgada por un programa a personas autorizadas está sujeta a los siguientes avisos:

Información psiquiátrica: en caso de que la información divulgada constituya información psiquiátrica confidencial protegida por las leyes de Connecticut:

"Se exige la confidencialidad de este registro conforme al capítulo 899 de las Leyes Generales de Connecticut. Este material no deberá transmitirse sin un consentimiento por escrito u otro tipo de autorización conforme a lo indicado en las leyes antes mencionadas".

Información sobre trastornos por consumo de sustancias: si la información divulgada está protegida por las regulaciones de confidencialidad de los Registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (Título 42 del CFR, parte 2):

*"Esa información se divulgó a partir de registros protegidos por leyes federales de confidencialidad (Título 42 del CFR, parte 2). Las leyes federales prohíben que continúe divulgando información de este registro que identifique a un paciente como poseedor de un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, ya sea directamente, por referencia a información pública o mediante la verificación de tal identificación por parte de otra persona, a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida en el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando, o de la manera en que lo permita el Título 42 del CFR, parte 2. Una autorización general para divulgación de información médica u otra información **NO** es suficiente para este fin (consultar la sección 2.31). Las leyes federales restringen el uso de la información a la investigación o la búsqueda en relación con un crimen de cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, a excepción de las disposiciones de las subsecciones 2.12(c)(5) y 2.65".*

Información relacionada con VIH: en caso de que la información divulgada constituya información confidencial relacionada con VIH protegida por las leyes de Connecticut:

*"Esa información se divulgó a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por las leyes estatales. Las leyes estatales prohíben que continúe divulgando la información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien le pertenece, o de la manera en que las leyes antes mencionadas lo permitan. Una autorización general para divulgación de información médica u otra información **NO** es suficiente para este fin".*