 

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo, el/la paciente o persona autorizada, por medio de la presente autorizo a THE STAMFORD HEALTH SYSTEM a que use o divulgue mi información de salud que incluye, si es aplicable, información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de **enfermedades mentales, abuso de drogas** **y/o alcohol** y la información **confidencial** relacionada con el **VIH/SIDA**, para lo siguiente:

\*\*\***ESCRIBA DE FORMA CLARA Y COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS\*\*\***

**\*\*\* PLEASE PRINT CLEARLY AND COMPLETE BOTH PAGES OF THE FORM \*\*\***

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** |
| Nombre  |
| Apellido de soltera |  |  |  |  | Fecha de nacimiento |
| Dirección |
| Ciudad, estado, código postal |
| Teléfono  |
| **AUTORIZO LA DIVULGACIÓN Y EL USO DE LA INFORMACIÓN A**  |
| Nombre  |  |  |  |  | Teléfono  |
| Dirección |
| Ciudad, estado, código postal |
| **LA FINALIDAD DEL USO O DIVULGACIÓN ES LA SIGUIENTE**  |
|  Uso personal  |  Uso médico |  Uso legal |  Seguro |  Discapacidad |  Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **FORMATO Y MÉTODO DE ENTREGA** |
| En papel CD Recojo  Correo postal  FAX (Solo para médicos/instituciones médicas)Correo electrónico seguro (Solo pacientes) |
|  **Registros de hospital** |  **Expedientes del grupo médicos**  |
| **ESPECIFICAR AQUÍ LA(S) FECHA(S) DEL SERVICIO** | **ESPECIFICAR AQUÍ LA(S) FECHA(S) DEL SERVICIO** |
| * **Registros de atención clínica/cuidado ambulatorio**
* **Informes de cardiología**
* **Imágenes de cardiología (se pueden enviar por separado)**
* **Consultas**
* **Instrucciones de alta**
* **Resumen de alta**
* **Registros del departamento de emergencia**
* **Historia clínica y examen físico**
* **Vacunas**
* **Resultados de laboratorio**
* **Informes neurológicos**
* **Informes operativos**
* **Informes de patología**
* **Muestras de patología (necesita una solicitud por separado)**
* **Registros de psiquiatría (podría necesitar autorización del médico)**
* **Informes de radiología**
* **Imágenes de radiología (se pueden enviar por separado)**
* **Historia clínica completa**

**Otros, especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **NOMBRE DE LA OFICINA/MEDICO** * **Notas de progreso**
* **Informes de laboratorio**
* **Informes de radiología**
* **Informes operativos**
* **Vacunas**
* **Historia clínica completa**
* **Otros, especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
 |
|  |  |

Creado en: 12/12, Revisado en: 6/16, 24/10/18, 10/12/18, 6/30/20 1 de 2 059011S

Fax (Continuing of Care)



Esta autorización es válida por un año desde la fecha a continuación. Entiendo que podría cancelar esta autorización en cualquier momento a través de una notificación por escrito enviada al Departamento de Registros Médicos. Si hago esto, dicha cancelación no tendrá ningún efecto en las acciones que el hospital haya tomado antes de que se recibiera la cancelación.

Entiendo que mi tratamiento o el tratamiento continuo brindado por The Stamford Health System, de ninguna manera estará condicionado a la firma o no de esta autorización o si me niego a firmarla.

Entiendo que, de acuerdo a las leyes correspondientes, la información divulgada a través de esta autorización puede estar sujeta a una posterior divulgación por parte del receptor y por lo tanto ya no estaría protegida por las normas federales de privacidad.

Si el/la paciente es menor de edad (menos de 18 años) o si tiene un guardián legal, el progenitor o guardián legal del paciente debe firmar esta autorización. Los menores de edad podrían firmar sus propias autorizaciones para los registros de tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedades de transmisión sexual o diagnóstico de VIH/SIDA, y en algunas circunstancias, registros de tratamiento de salud mental.

Entiendo que puedo revisar o copiar la información que va a ser usada o divulgada.

Entiendo que The Stamford Health System podría recibir compensaciones por el pago de las copias y proceso relacionados con el uso y divulgación de mi información de salud bajo esta autorización.

**NOTIFICACIÓN DE PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN POSTERIOR**

**Expedientes y comunicaciones de psiquiatría**

En el caso que la información divulgada sean comunicaciones entre un psiquiatra y su paciente, se requiere confidencialidad en dichos registros según lo estipula el Capítulo 899 de los Estatutos Generales de Connecticut. Este material no debe transmitirse a nadie sin una autorización escrita; según lo dispuesto en los estatutos antes mencionados.

En el caso que la información protegida de salud esté protegida por las Regulaciones del HHS de Confidencialidad de los Registros de Abuso de Alcohol y Drogas del Paciente:

La información que se ha divulgado proviene de registros protegidos por las normas de confidencialidad federal (norma 42 CFR Parte 2). Las normas federales prohíben la divulgación posterior de esta información salvo se permita la divulgación posterior a través de un consentimiento de la persona a quien pertenece dichos registros o conforme sea permitido por la norma 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de la información médica u otra información NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen el uso de cualquier información para investigación criminal o acusación de cualquier paciente de abuso de drogas o alcohol.

**Información relacionada con el VIH**

En el caso que la información divulgada sea información relacionada con el VIH considerada confidencial bajo las leyes de Connecticut:

Esta información ha sido divulgada desde registros cuya confidencialidad está protegida por las leyes estatales. La ley estatal prohíbe la divulgación posterior sin el consentimiento por escrito especifico de la persona a quien pertenece dichos registros o conforme sea permitido por dicha ley. Una autorización general para la divulgación de la información médica u otra información NO es suficiente para este fin.

**Firma del paciente**

**Nombre del paciente (letra imprenta)**

am pm

**Hora Fecha**

am

 pm

**Firma del representante autorizado Nombre del representante autorizado (letra imprenta) Hora Fecha**

am

 pm

**Firma del testigo Nombre del testigo (letra imprenta) Hora Fecha**

**Si firma el Representante autorizado, indique la relación con el paciente y proporcione una copia de la documentación de respaldo:**

 Progenitor  Guardián  Tutor  Albacea testamentario Poder habiente

 Otros, especificar

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA**

Identidad del solicitante verificado por: Fecha de divulgación de las copias

**Nombre del empleado (letra imprenta)**

Correo Fax Correo electrónico seguro Recojo

**Se debe entregar una copia firmada de esta autorización al paciente o al representante de/ de la paciente.**

Creado en: 12/12, Revisado en: 6/16, 24/10/18, 10/12/18, 6/30/20 2 de 2 059011S