



Iniciativa Hogar Médico de Connecticut (CMHI) para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Atención Médica (CYSHCN)*



Formulario de Autorización para Divulgar Información Médica Confidencial

Por la presente, yo/nosotros, el/los suscriptor/es, autorizo/autorizamos a que todos los médicos, proveedores médicos, instalaciones médicas, terapeutas, escuelas, servicios de intervención temprana, compañías de seguro médico y todos los profesionales o agencias de atención médica involucrados en la atención de mi hijo se comuniquen o divulguen información, que puede incluir datos vinculados con información médica, psiquiátrica, abuso de alcohol y drogas, VIH o SIDA, anemia drepanocítica, con algunos o todos los que se nombran a continuación:

Región suroeste, Atención Médica de Stamford

TODAS LAS SECCIONES DEL FORMULARIO DEBEN COMPLETARSE Y FIRMARSE EN LAS ÁREAS RESALTADAS

Nombre del niño/joven:	Fecha de nacimiento:
Raza:	Lenguaje primario:
Nombre del padre/madre/tutor:	Número de teléfono:
Correo electrónico del padre/madre/tutor:	

- ¿Su hijo ha acudido al dentista en el último año? SÍ NO
- ¿Cuánto tiempo hace que el niño acude a este dentista? MENOS DE UN AÑO MÁS DE UN AÑO
- Nombre del dentista: _____
- ¿El padre/madre/tutor se preocupa por el peso del niño? SÍ NO
- ¿El IMC del niño o joven se encuentra fuera del rango? NO SÍ - ALTO SÍ - BAJO DESCONOCIDO

ESPECIFIQUE EL PLAZO PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN QUE USTED AUTORIZA:

Toda la información preservada en cualquier momento por el divulgador

La información preservada por el divulgador desde

Mes:	Día:	Año:
-------------	-------------	-------------

Para los fines de evaluar o coordinar la atención:

Se exige la confidencialidad de este documento conforme a los Estatutos Generales de Connecticut 19a-25. Está prohibido transmitir el material a cualquier persona sin la autorización o el consentimiento por escrito según lo estipulado en los estatutos mencionados. En caso de que el paciente sea menor de 18 años, debe firmar el padre, la madre o el tutor legal.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan tomado acciones en virtud de esta. Esta autorización, a menos que se haya revocado explícitamente, **vence en un año a partir de la fecha en que se firmó**. Tomo conocimiento de que es posible que el receptor vuelva a divulgar la información que aquí se difunde y que la ley de privacidad pertinente o las prácticas de privacidad de las instalaciones nombradas ya no podrán proteger dicha información.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

En caso de que firme el representante personal del paciente, describa la autoridad legal del representante para actuar en nombre del paciente: _____

Reconozco el ofrecimiento o la recepción del Aviso de las prácticas de privacidad por parte de todos los proveedores actuales de atención. (HIPAA, Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos)

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

* La CMHI para CYSHCN es un programa financiado por el Departamento de Salud Pública del Estado de CT. Puede obtener información en su sitio web, en www.ct.gov/dph/medicalhome . Revisado en 2023.