

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*****

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	
<input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Uso médico <input type="checkbox"/> Uso legal <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otros _____	
FORMATO Y MÉTODO DE ENTREGA	
<input type="checkbox"/> En papel <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Recojo <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> FAX _____ (Solo para médicos/instituciones médicas)	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro _____ (Solo pacientes)	
<input type="checkbox"/> Registros de hospital	<input type="checkbox"/> Expedientes del grupo médicos
ESPECIFICAR AQUÍ LA(S) FECHA(S) DEL SERVICIO	ESPECIFICAR AQUÍ LA(S) FECHA(S) DEL SERVICIO
<input type="checkbox"/> Registros de atención clínica/cuidado ambulatorio <input type="checkbox"/> Informes de cardiología <input type="checkbox"/> Imágenes de cardiología (se pueden enviar por separado) <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Registros del departamento de emergencia <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes neurológicos <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Muestras de patología (necesita una solicitud por separado) <input type="checkbox"/> Registros de psiquiatría (podría necesitar autorización del médico) <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (se pueden enviar por separado) <input type="checkbox"/> Historia clínica completa Otros, especifique _____	NOMBRE DE LA OFICINA/MEDICO _____ _____ <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Historia clínica completa <input type="checkbox"/> Otros, especifique _____



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 específico 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)	Hora <small>am pm</small>	Fecha
Firma del representante autorizado	Nombre del representante autorizado (letra imprenta)	Hora <small>am pm</small>	Fecha
Firma del testigo	Nombre del testigo (letra imprenta)	Hora <small>am pm</small>	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 _____ Correo seguro Fax Correo electrónico
Nombre del empleado (letra imprenta) _____ Recojo

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

