

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Yo, el paciente abajo firmante (o representante legal), autorizo por la presente a Hospital for Special Care a usar y divulgar información sobre la salud, incluida, si corresponde, información relacionada con el diagnóstico o el tratamiento de **enfermedades mentales, drogadicción y/o alcoholismo e información confidencial relacionada con el VIH**, con respecto a:

<u>Información del paciente</u>	<u>Parte que recibirá la información</u>
Nombre: _____	La información podrá revelarse a la siguiente parte (o categoría de personas), quien podrá usarla:
También conocido como/APELLIDO DE SOLTERA: _____	Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	Dirección: _____ _____
Dirección: _____ _____	Correo electrónico: _____
Correo electrónico: _____	N.º de teléfono: _____
N.º de teléfono: _____	N.º de FAX: _____
El objetivo del uso o la divulgación de información es por el siguiente motivo:	Formato en el que le gustaría recibir* la información revelada:
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> CD/USB (disco compacto)
<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Correo electrónico (sujeto a confirmación)
<input type="checkbox"/> A solicitud del paciente o representante legal	Método de entrega (solo para el formato en papel o CD)
	<input type="checkbox"/> Por correo a la dirección anteriormente mencionada
	<input type="checkbox"/> Retira en el centro

**Fechas de tratamiento cubiertas por esta autorización:** Desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Los tipos de información que se usarán o revelarán son los siguientes:**

[ ] **Documentos para continuar con la atención** (incluye: Familiar más cercano/representante personal, proveedor de atención primaria, directivas avanzadas, lista de problemas, antecedentes familiares, antecedentes sociales, alergias/reacciones adversas/alertas, medicamentos, vacunas, procedimientos e informe del alta)

- |   |   |
|---|---|
| [ ] Informe del alta                              | [ ] Terapia del habla                         |
| [ ] Instrucciones para el alta                    | [ ] Fisioterapia                              |
| [ ] Antecedentes y examen físico                  | [ ] Terapia ocupacional                       |
| [ ] Informes de consultas                         | [ ] Notas sobre salud psiquiátrica/conductual |
| [ ] Notas del progreso clínico/evaluación         | [ ] Resumen de registro                       |
| [ ] Notas de los procedimientos/informe operativo | [ ] Informe operativo                         |
| [ ] Informe patológico                            | [ ] Radiografía                               |
| [ ] Informes de análisis de laboratorio           | [ ] Revisión de historia clínica en el centro |
| [ ] Informes radiológicos                         | [ ] Registros de facturación                  |
| [ ] Vacunas                                       | [ ] Informe verbal                            |
|   | [ ] Registros ambulatorios únicamente         |

Otro (sírvase especificar): \_\_\_\_\_

Limitaciones a la divulgación de información \_\_\_\_\_

\* HSC advierte contra la entrega de información de manera electrónica usando métodos que no pueden asegurarse mediante cifrado (tales como dirección de correo electrónico personal, CD que se envíe mediante el correo de los EE. UU., etc.). La persona que firma este formulario de divulgación de información acepta que es responsable de cualquier pérdida o divulgación no autorizada de la información si le solicita a HSC usar un método electrónico de divulgación a pesar de este riesgo.

1. Comprendo que esta autorización vencerá luego de un año de haber firmado este formulario, 6 meses después de que me den de alta o la última fecha de tratamiento ambulatorio, **lo que sea posterior**, o en otra fecha como se especifica en el presente: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.
2. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Para ello, debo notificar al departamento de Gestión de la Información de Salud (Health Information Management, HIM), y la revocación entrará en vigencia a partir de la fecha en que se notifique a HSC, salvo que ya se haya tomado una medida al respecto.
3. Comprendo que la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, en cuyo caso es posible que ya no siga protegida por las normas de privacidad federales.
4. Comprendo que no estoy obligado a firmar este formulario para recibir tratamiento en HSC.
5. Comprendo que puede haber un costo por copiar o procesar una copia de mi historia clínica.
6. Si usted (o el paciente) es veterano de guerra, indíquelo aquí \_\_\_\_\_, no se cobran cargos si esta solicitud está relacionada con una reclamación o apelación por beneficios

\* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o representante autorizado)    Nombre, en letra de imprenta    Fecha

**El paciente no puede firmar debido a que:**

Relación con el paciente     Padre/madre     Tutor     Curador     Albacea     Poder notarial

*El padre/madre o tutor legal del paciente debe firmar esta autorización si el paciente es menor de edad (menos de 18 años de edad) o tiene un tutor legal. Los menores pueden firmar su propia autorización para registros relacionados con el tratamiento por drogadicción/alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual o información relacionada con el VIH/SIDA y, en determinadas circunstancias, registros de tratamiento de salud mental.*

**AVISO PARA LOS DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN – PROHIBICIONES DE VOLVER A DIVULGAR**

Registros y comunicaciones psiquiátricas:

*En el caso de que la información revelada constituya comunicaciones entre el psiquiatra y el paciente conforme a la ley estatal:*

La confidencialidad de este registro es obligatoria en virtud del Capítulo 899 de la Ley General de Connecticut. Este material no se transmitirá a nadie sin autorización por escrito tal como dispone la ley anteriormente mencionada.

Registros sobre droga y alcohol:

*En el caso de que la información revelada esté protegida por las Regulaciones de Registros de Pacientes con respecto a la Confidencialidad de HHS de Tratamientos de Alcoholismo y Drogadicción:*

Esta información se le proporcionó de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR, Parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que dicha divulgación se permita expresamente mediante consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o se permita de cualquier otro modo en 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales limitan cualquier uso de la información para investigar o acusar penalmente a cualquier paciente por drogadicción o alcoholismo.

Información relacionada con el VIH:

*En el caso de que la información revelada constituya información relacionada con el VIH conforme a la ley de Connecticut (CGS 19a-585(a)):*

Esta información se le ha proporcionado a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer cualquier otra divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien le pertenece, o como lo permita de cualquier otro modo dicha ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin.

**PARA USO EXCLUSIVO DEL HIM**

N.º de ID del solicitante verificado por: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

Fecha del envío por correo de las copias: \_\_\_\_\_

***Se le debe entregar una copia de este formulario al paciente o al representante del paciente.***

**EL PACIENTE REVOCÓ ESTA AUTORIZACIÓN EL** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Registrado por: \_\_\_\_\_