

AUTORIZACION PARA DIVULGAR / OBTENER / ACCEDER INFORMACIÓN

➔ _____
Imprima Cliente/Nombre Estudiante *Fecha de Nacimiento* *Número de Cliente*

Yo autorizo a Wheeler Clinic y a su personal a: (marque uno o ambos)

➔ **DIVULGAR** (compartir, mandar, dar acceso) información sobre mi persona y mis registros médicos/de servicio/de educación
 OBTENER (recibir/pedir, obtener acceso a) información sobre mi persona y mis registros médicos/de servicio/de educación

PARA/DE: Nombre y Dirección de tercera organización o individuo:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

La información que es obtenida/divulgada/accedida puede incluir mi servicio, tratamiento y/o información educacional relacionado a mi diagnostico o tratamiento de mi incapacidad psiquiátrica, trastorno de abuso de sustancias, condiciones medicas/dentales, o mi información relacionada a mi genética o mi VIH. La información puede ser obtenida/divulgada en formato verbal, escrito o electrónico.

➔ **El PROPOSITO(S)** de esta divulgación es/son las siguientes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planificación de tratamiento, comunicación, coordinación | <input type="checkbox"/> Determinación de incapacidad o re-determinación | <input type="checkbox"/> Al pedido del individuo (no es necesario propósito de declaración) |
| <input type="checkbox"/> Planificación de salida y referidos | <input type="checkbox"/> Planificación Educacional/IEP | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Relacionado a corte o legal | | |

➔ **SECCION OPCIONAL:** Favor de describir cualquier información que usted quiere que Wheeler Clinic NO divulgue sobre usted:

Yo entiendo que:

- Bajo la ley aplicable la información divulgada bajo esta autorización puede ser sujeta a demás divulgación por el recipiente y por consiguiente no pueda ser protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Yo puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento contactando al Cuarto de Registro de Wheeler Clinic al (860) 793-3843, excepto que no tendrá ningún efecto en las acciones hechas por Wheeler Clinic o la organización recipiente antes que recibiera mi escrita revocación/pedido de restricción.
- Yo puedo recibir una copia para inspeccionar la información que será utilizada o divulgada por esta autorización.
- Yo puedo reusar a firmar este formulario y que mi rehúso a firmar esta autorización no perjudicara mi derecho en obtener presente o futuro tratamiento.
- Información confidencial relacionada al VIH puede ser divulgada incluye si el cliente ha sido aconsejado sobre VIH, ha tomado la prueba VIH, o tiene enfermedad relacionada al VIH o SIDA y también incluye información que identifica o razonablemente puede identificar el cliente como teniendo una o mas de dichas condiciones, incluyendo información sobre el cónyuge del cliente, compañero sexual o persona con quien el cliente ha compartido agujas o jeringuillas.
- **Si el cliente es un menor de edad (edad 17 y menos), cualquier divulgación de registros de abuso de droga y alcohol, registros de salud mental de paciente externo proveído con el consentimiento del menor de edad bajo 19ª-14c y/o información relacionada al VIH-SIDA requiere la firma del cliente de menor edad abajo. Sin la firma, Wheeler Clinic no divulgara registros o información una tercera persona arriba nombrada.**

➔ Esta autorización **expira en (fecha)** _____ o en **6 meses después de fecha de firma** si no hay fecha especificada.

Firmando abajo, yo reconozco que yo he leído y entiendo esta autorización. Mi firma abajo sirve como confirmación del hecho que yo soy el cliente, o yo soy el guardián legal del niño cuya información de salud yo estoy autorizando la divulgación.

➔ _____
Firma del Cliente *Fecha* *Número de teléfono de persona firmando*

Firma de padre/madre/guardián *Fecha*

Si es firmado por otros que no sean el cliente, imprima nombre _____ y marque su relación abajo:

Padre/Madre Guardián Conservador Poder Notarial Otro _____

AVISOS

Información relacionada al VIH/SIDA

En el evento que información divulgada constituye información confidencial relacionada al VIH protegida bajo la ley de Connecticut: Esta información ha sido divulgada a usted de registros cuya confidencialidad es protegida por la ley estatal. La ley estatal prohíbe a usted de seguir divulgando esta información sin el específico consentimiento por escrito de la persona del cual se refiere o de cualquier otra manera permitida por dicha ley. Una autorización general para la divulgación medica u otra información NO es suficiente para este propósito.

Comunicaciones de Registros Psiquiátricos o de Trabajo Social

En el evento que la información divulgada constituye comunicaciones privilegiadas entre psiquiatra-paciente, sicólogo-paciente o trabajador social-paciente:

La confidencialidad de este registro es requerida bajo el capitulo 899 de los Estatutos Generales de Connecticut. Este material no será transmitido a nadie sin el consentimiento por escrito u otra autorización como proveída en los mencionados estatutos.

Registros de Abuso de Drogas y Alcohol

En el evento que la información divulgada es protegida por las regulaciones federales de Confidencialidad de Registros de Pacientes de Abuso de Drogas y Alcohol:

Esta información ha sido divulgada a usted de registros protegidos por las reglas Federales de Confidencialidad (42 C.F.R. Parte 2). Las reglas Federales prohíben a usted de seguir divulgando esta información sin una divulgación específicamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona del cual se refiere o como permitido por 42 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información medica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen el uso de la información para investigación criminal o persecución de cualquier paciente de abuso de drogas y alcohol.