



AUTORIZACION PARA DIVULGAR / OBTENER / ACCEDER INFORMACIÓN

➔ _____
Miembro de la familia *Fecha de Nacimiento*

Yo autorizo a Wheeler 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 diagnóstico o tratamiento de mi incapacidad psiquiátrica, trastorno de uso 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:

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

➔ La naturaleza y el alcance de la información que se obtendrá/divulgará constituye el **registro completo/toda la información**, a menos que se especifique lo contrario a continuación:

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 a la Unidad Central de Registros de Wheeler al (860) 793-3843, excepto que no tendrá ningún efecto en las acciones hechas por Wheeler 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 rechazo a firmar esta autorización no perjudicará 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 al 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 paciente/cliente es menor de 18 años de edad, cualquier divulgación de registros de uso de droga y alcohol, registros de salud mental de paciente externo proveído con el consentimiento del menor bajo 19ª-14c y/o información relacionada al VIH-SIDA requiere la firma más abajo del paciente/cliente.**

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

Mi firma a continuación es reconocimiento de que entiendo esta autorización y sirve para certificar que yo soy el paciente/cliente, o que soy el representante legal autorizado o el guardián legal del paciente/cliente cuya información de salud será obtenida o divulgada.

➔ _____
Firma del Paciente/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.