Autorización para Obtener y/o Divulgar Información de Salud Protegida

Departamento de Corrección de Connecticut

CN 4401/1
REV 1Jul06

Nombre del confinado:	Número de confinado:
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:

Por la presente, yo autorizo al Departamento de Corrección del Estado de Connecticut (CDOC) y al Centro de Salud de la Universidad de Connecticut (UCHC) Administración de Cuidado de Salud Correccional (CMHC) y sus empleados en:_____

_____ (Inicial) El **obtener** la siguiente información de:_____.

_____ (Inicial) El **divulgar** la siguiente información a:_____. (Nombre y Dirección)

_____ (Inicial) Información médica relevante a mi diagnóstico y/o tratamiento.

_____ (Inicial) Información psiquiátrica (salubridad de comportamiento) relevante a mi diagnóstico y/o tratamiento.

_____ (Inicial) Información de abuso de alcohol y drogas.

_____ (Inicial) Información relacionada al VIH.

_____ (Inicial) Otra información de salud *(sea específico)*:

_____ (Inicial)

Yo estoy solicitando que esta información sea **divulgada** ☐ u **obtenida** ☐ para el propósito de:

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y que yo puedo retirar mi consentimiento por escrito al Administrador de Servicios de Salud en cualquier momento, antes de que la información indicada sea divulgada. Mi consentimiento si no es retirado, expirará automaticamente noventa (90) días después de yo haber firmado este formulario:_____ (Fecha de Expiración)

Aviso a la Persona que Solicita la Divulgación:

*Su firma abajo indica que usted entiende que si la organización autorizada a recibir la información no es un proveedor de cuidado de salud o plan de seguro de salud y la información divulgada **NO** está protegida por el Título 42 CFR Parte 2 y C.G.S. Capt. 368x (Title 42 CFR Part 2 and C.G.S. Ch. 368x), entonces la información divulgada ya no será protegida por la Regulación Federal de Privacidad (HIPPA).*

_____
Nombre del Paciente (letra de molde)

_____ _____
Firma del Paciente o Representante Legal — Fecha

_____ _____
Nombre del Representante Legal en letra de molde* — Relación con el paciente

* Una copia de la autorización legal personal del representante para actuar en lugar del paciente esta adjunta.

_____ _____
Firma del Testigo — Fecha

_____ _____
Firma del Padre o Encargado Legal (Si es un menor de edad) — Fecha

Si la autorización es para *obtener* información, favor de proveer información a la dirección abajo indicada.

Nombre:_____.

Sello de la Institución:

Autorización para Obtener y/o Divulgar Información de Salud Protegida

Departamento de Corrección de Connecticut

CN 4401/2
REV 1Jul06

Nombre del confinado:	Número de confinado:
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:

Aviso a los Recibidores: *Como el recibidor de esta información, usted solamente puede usar esta información para el propósito indicado. Usted puedierá divulgar esta información a otra persona SOLAMENTE:*

- *Con una autorización por escrito del paciente o su representante legal;*
- *Según requerido o autorizado por las leyes Estatales y/o Federales; ó*
- *Si es urgentemente necesario para el cuidado continuo del paciente.*

Si esta divulgación contiene información relacionada con el VIH, salubridad de comportamiento, educación sobre el abuso del alcohol y drogas, entrenamiento, tratamiento, rehabilitación o investigación, lo siguiente aplica: Esta información le ha sido divulgada de expedientes en los cuales la confidencialidad es protegida por la ley Federal. Regulaciones Federales Título 42 CFR Parte 2 y C.G.S. Cap. 368x (Title 42 CFR Part 2 and C.G.S. Ch. 368x) le prohibe el hacer divulgaciones futuras de su contenido sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien le concierne ó como de otra forma permitido por tales regulaciones. Una autorización general para la divulgación para información médica u otra NO es suficiente para este propósito. La leyes estatales contienen provisiones similares con respecto a información confidencial del VIH, C.G.S.19a-585.

Aviso a la Persona que Solicita la Divulgación:

Yo entiendo que puedo inspeccionar y hacer copias de la información ha ser usada y divulgada bajo esta autorización y que yo pudierá recibir una copia de este formulario de autorización firmado. Puede haber un cargo asociado con las copias, sin exceder lo autorizado por las leyes del Estado de Connecticut.

UCHC/CMHC, CDOC y sus empleados, oficiales y médicos estan hasta cierto grado exentos de cualquier responsabilidad legal o demanda por divulgación de la información antes indicada y aqui autorizada.

Yo entiendo que UCHC/CMHC y CDOC puedieran no condicionar el tratamiento en la provisión de esta autorización, excepto en casos de protocolos relacionados a tratamiento investigativo ó estudios llevados a cabo por tercera persona del exterior a través de UCHC/CMHC. En tales casos, autorización especifica de protocolos y estudios de tratamientos investigativos tienen que estar firmados como condición de participación. En casos donde UCHC/CMHC es solicitado por una tercera persona para crear información de salud solamente para el propósito de compartir esa información con la persona que lo solicita, yo entiendo que tengo que firmar tal autorización.

SOLICITUD PARA RETIRAR AUTORIZACIÓN (puede ser llenada solamente si la transacción está pendiente).

Yo retiro mi consentimiento para divulgar u obtener información de salud arriba autorizada.

Nombre del Paciente (letra de molde)

Firma del Paciente o Representante Legal — Fecha

Firma del Testigo — Fecha

Firma del Padre o Encargado Legal (si es un menor de edad) — Fecha