

**STATE OF CONNECTICUT  
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION SERVICES  
SOUTHWEST CT. MENTAL HEALTH SYSTEM**



[ ] 100 Fairfield Ave 2<sup>nd</sup> floor  
BRIDGEPORT CT. 06604  
203-579-7410  
FAX: 203-579-7310

[ ] 1635 CENTRAL AVE.  
BRIDGEPORT, CT 06610  
203-551-7478  
FAX: 203-551-7479

[ ] 1351 Washington Blvd. 5<sup>th</sup> Floor  
STAMFORD, CT. 06902  
203-388-1643/1570  
FAX: 203-388-1613

**AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION  
THIS IS A LEGAL DOCUMENT AND WILL NOT BE HONORED UNLESS IT IS COMPLETED IN FULL**

Patient/Client (Last Name, First Name) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ MPI # \_\_\_\_\_ Last 4 digits of SS# \_\_\_\_\_

**I, the undersigned, authorize the above named facility to:**  **DISCLOSE** information to  **OBTAIN** information from  
Name of Person \_\_\_\_\_ Name of Organization \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

I understand that this authorization is voluntary and that information to be released/obtained may include Medical, Psychiatric, Substance Abuse and/or HIV/AIDS treatment information unless otherwise specified:

Limitations/Restrictions \_\_\_\_\_

**Purpose of Release:**  Evaluation/Treatment  Benefit Determination  
(Check Appropriate Boxes)  Placement/Referral  Case Management Coordination  
 Other (specify): \_\_\_\_\_

**Information to be released/obtained:** (Check Appropriate Boxes)

Psychiatric Evaluation  Medical History and Physical Exam  Diagnostic Reports (specify): \_\_\_\_\_  
 Psychosocial History/Assessment  Discharge/Transfer Summary \_\_\_\_\_  
 Psychological Evaluation  Medication Records \_\_\_\_\_  
 Treatment Plans  Other (specify): \_\_\_\_\_

**Dates of Treatment Covered by this Request:**

All prior episodes of care, through discharge from present episode of care  
 Limited to the following Dates(s):  
\_\_\_\_\_

**This authorization, if not cancelled, will expire:**

\_\_\_\_\_ Date (not to exceed 12 months), event or condition upon which this authorization expires. If blank, authorization will expire 12 months from date of signature below.

I understand that refusal to sign this authorization form will in no way affect my right to obtain present and future treatment, except where disclosure of such communications and records is necessary for treatment. I also understand that I may revoke this authorization at any time by signing the "CANCELLATION/REVOCAION" section below, except to the extent that action has been taken in reliance on it. I further understand that the confidentiality of psychiatric, substance abuse and HIV/AIDS records are protected under State and Federal Laws and cannot be disclosed without my written authorization unless otherwise provided for by law. The information disclosed by this facility pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by Federal law. I understand that this authorization is voluntary and that information to be released/obtained may include Medical, Psychiatric, Substance Abuse and/or HIV/AIDS treatment information unless otherwise specified above.

Signature of Patient/Client/Authorized (Legal) Representative\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

A copy of this authorization will be provided to the Patient/Client/Authorized Representative as requested.

**CANCELLATION/REVOCAION:** \_\_\_\_\_  
Signature of Patient/Client/Authorized (Legal) Representative\* \_\_\_\_\_ Date & Time \_\_\_\_\_

\*If this form has been signed by the patient's/client's Authorized (Legal) Representative, a copy of the legal appointment must be attached.  Conservator/Guardian  Executor of Estate  Other (specify): \_\_\_\_\_

Office Use Only:  File only  Send attention to: \_\_\_\_\_

**NOTE: Confidentiality of psychiatric, drug and/or alcohol abuse and HIV records is required and no information from these specific records shall be transmitted to anyone else without written consent or authorization as provided under Connecticut General Statutes, Chapters 899c and 368x and Federal Regulations 42 CFR 2. These laws prohibit you from making any further disclosure without specific written consent of the person to whom it pertains. A general authorization for the release of information is NOT sufficient for this purpose.**

**STATE OF CONNECTICUT  
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION SERVICES  
SOUTHWEST CT. MENTAL HEALTH SYSTEM**

[ ] 100 Fairfield Ave, 2<sup>nd</sup> floor  
BRIDGEPORT CT. 06604  
203-579-7410  
FAX: 203-579-7310

[ ] 1635 CENTRAL AVE.  
BRIDGEPORT, CT 06610  
203-551-7478  
FAX: 203-551-7479

[ ] 1351 Washington Blvd. 5<sup>th</sup> Floor  
STAMFORD, CT. 06901  
203-388-1570/1643  
FAX: 203-388-1613



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD  
ES UN DOCUMENTO LEGAL Y NO SERÁ ACEPTADO SIN ESTAR LLENADO COMPLETAMENTE**

Paciente/Cliente (apellido, nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ MPI # \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos de Seguro Social \_\_\_\_\_

**Yo, el otorgante suscrito, autorizo la agencia arriba citada:**  **DIVULGAR información a**  **OBTENER información de**

Nombre de persona \_\_\_\_\_ Nombre de agencia \_\_\_\_\_

Calle/Buzón: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la autorización es voluntaria y la información divulgada/obtenida puede incluir datos relacionados con el tratamiento de problemas médicos, psiquiátricos, abuso de drogas, y/o VIH/SIDA a menos que por demás se especifique:

Limitaciones/Restricciones \_\_\_\_\_

- Propósito de la autorización:**  Evaluación/Tratamiento  Determinación de beneficios  
 (Marque la casilla que aplique)  Colocación/Referencia  Coordinación de manejo de caso  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Información para divulgar o obtener:** (Marque la casilla que aplique)

- Evaluación psiquiátrica  Historia médica y examen físico  Resultados de evaluaciones (especifique): \_\_\_\_\_  
 Historia/evaluación psicosocial  Resumen de alta/traslado \_\_\_\_\_  
 Evaluación psicológica  Historia de medicamentos \_\_\_\_\_  
 Planes de tratamiento  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Fechas de tratamiento cubiertas por esta solicitud:**

- Todos los episodios anteriores hasta el día de alta del episodio actual  
 Se limita a la(s) siguiente(s) fecha(s): \_\_\_\_\_

**Esta autorización, si no se cancela, caducará:**

Fecha (que no exceda 12 meses), evento o condición en que se basa la caducidad de esta autorización. Si se deja en blanco, la autorización caducará 12 meses de la fecha de la firma más abajo.

Yo entiendo que rehusar firmar esta autorización no afectará en absoluto mi derecho de obtener tratamiento en el presente y en el futuro, excepto donde la divulgación de tales comunicaciones y archivos sea necesaria para el tratamiento. Entiendo además que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al firmar la sección "CANCELACIÓN/REVOCACIÓN" más abajo, excepto a tal punto que se haya tomado acción a base de la misma. Entiendo además que la confidencialidad de los archivos psiquiátricos, de abuso de drogas y/o alcohol y de VIH/SIDA está protegida bajo las Leyes Estatales y Federales y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito a menos que la ley disponga de otra manera. La información divulgada por esta agencia según esta autorización puede ser sujeta a divulgación adicional por parte del receptor y dejar de ser protegida bajo la Ley Federal. Entiendo que esta autorización es voluntaria y la información divulgada/obtenida puede incluir datos relacionados con el tratamiento de problemas médicos, psiquiátricos, abuso de drogas, y/o VIH/SIDA a menos que se especifique arriba.

Firma del Paciente/Cliente/Apoderado\* \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Por solicitud una copia de esta autorización será proveída al Paciente/Cliente/Apoderado.

**CANCELACIÓN/REVOCACIÓN:** \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Cliente/Apoderado\* \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

\*Si este formulario está firmado por el apoderado del paciente, una copia del nombramiento legal tendrá que adjuntarse.

- Curador/Tutor  Albacea de la herencia  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Sólo para uso de oficina:  Sólo archivo  Enviar atención a: \_\_\_\_\_

**NOTA: La confidencialidad de archivos psiquiátricos, de abuso de drogas y/o alcohol y de VIH está requerida y ninguna información de estos archivos específicos será enviada/divulgada a nadie sin consentimiento/autorización por escrito como indicado bajo las leyes generales del Estado de Connecticut, Capítulos 899c, 368x, y la regulación Federal 42 CFR 2. Estas leyes le prohíben hacer divulgación adicional sin consentimiento/autorización por escrito de la persona a quien se refiere. Para estos propósitos, una autorización general NO es suficiente.**