



Autorización para Obtener y/o Divulgar Información Protegida de Salud

Departamento de Corrección de Connecticut

CN 4401(SP)/1
REV 3/19/15

Nombre del Confinado: _____

Número del Confinado: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por la Presente yo autorizo al Departamento de Corrección de Connecticut(CTDOC), La Junta de Perdón y Libertad bajo palabra de Connecticut (CTBOPP) y el Centro de Salud de la Universidad de Connecticut (UCHC) Manejo de Cuidados de Salud Correccional (CMHC) a:

OBTENER la siguiente información de:

(llene el nombre y dirección en el encasillado)

Nombre: _____

DIVULGAR la siguiente información a:

(llene el nombre y la dirección en el encasillado)

Dirección: _____

Instrucciones: La persona que llena esta autorización debe entender que la misma no puede ser usada para divulgar notas de psicoterapia. El solicitante tiene que autorizar con sus iniciales autorizaciones para el uso o divulgación de información de salud sensitiva tales como (VIH/SIDA o abuso de sustancias)(Marque con una "X")todo lo que aplica:

Historial Actual de Salud

(Incluyendo información de salud mental fuera de notas de psicoterapia)

Información de salud relacionada a (diagnostico específico, lesión, cirugía etc.):

Historial de Salud Parcial - desde _____ A _____

Otra información de salud (especifique): _____

Yo autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información de mi historial médico. (Indique con sus iniciales todo lo que aplica)

_____ Abuso de sustancias (Alcohol/Droga)

_____ Información Confidencial Relacionada a VIH/SIDA

_____ Salud Mental (fuera de notas de psicoterapias)

_____ Enfermedades Venéreas

Solicito que la información sea divulgada u obtenida con el proposito de: _____

Yo entiendo que esta información es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento por escrito en cualquier momento, exceptuando el límite hasta el cual ya se ha actuado. Si mi consentimiento no es retirado, éste continuará hasta el final de mi término de supervisión por el CTDOC no importando el lugar asignado e incluyendo cualquier periodo de tiempo en libertad bajo palabra o supervisión comunitaria. Si este formulario es utilizado para obtener o divulgar historial de una persona que no está bajo la supervisión del CTDOC, este consentimiento será válido por el periodo de un (1) año a partir de la fecha de la firma de la persona, a menos que el mismo sea retirado.

Aviso a individuos que solicitan la divulgación de información. Su firma a continuación indica que usted entiende que si la organización autorizada a recibir información no es un proveedor de cuidados de salud o plan médico y la información divulgada NO está protegida por *Title 42 CFR Part 2 and C.G.S. Ch. 368x* entonces la información divulgada pudiera no estar protegida por las Regulaciones de Privacidad Federal HIPAA.

Nombre del paciente (letra de molde) _____

Firma del Paciente o Representante Legal _____

Fecha _____

Nombre del Representante Legal (letra de molde)* _____

* Una copia de la autorización dada al representante legal para actuar a favor del paciente está adjunto.

Su relación con el paciente _____

Firma del Testigo _____

Fecha _____

Firma del Padre o Encargado _____

(si el solicitante es menor de edad)

Fecha _____

Si la autorización es para obtener información, por favor provea la información en el encasillado a continuación.

Nombre: _____

Timbre de la Institución _____



Autorización para Obtener y/o Divulgar Información Protegida de Salud

Departamento de Corrección de Connecticut

CN 4401(SP)/2
REV 3/19/15

Nombre del Confinado:

Número del Confinado:

Fecha de Nacimiento:

Aviso al Destinatario:

La persona que reciba esta información, solo puede utilizarla para el propósito indicado. Usted puede divulgar esta información a otra persona SOLAMENTE:

- Con autorización por escrito del paciente o su representante legal;
- Según autorizado o requerido por leyes Estatales y/o Federales; ó,
- De ser urgentemente necesario para el cuidado continuo del paciente.

Si esta divulgación contiene información relacionada al VIH, Salud de comportamiento, Educación de abuso de alcohol o drogas, entrenamiento, tratamiento, rehabilitación o estudios, lo siguiente aplicara: Esta información ha sido divulgada a usted de historiales los cuales, confidencialidad esta protegida por la ley Federal. Regulaciones Federales (*Title 42 CFR Part 2 and C.G.S. Ch. 368x*) le prohíben divulgar esta información a otros sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien estos se refieren, o según permitido por tales regulaciones. NO es suficiente para este propósito una autorización general para la divulgación de historial médico u otra información. Leyes Estatales contienen provisiones similares en relación a información confidencial del VIH, C.G.S. 19a-585.

Aviso a Individuos Que Solicitan La Divulgación:

Yo entiendo que puedo revisar y hacer copias fotostáticas de la información a ser usada y divulgada bajo esta autorización y que yo pudiera recibir una copia de este formulario de autorización firmado. Pudiera haber un cargo asociado con las fotocopias, el cual no excederá lo que autoriza la ley de Connecticut.

CTDOC, CTBOPP, UCHC/CMHC, y sus empleados, oficiales y Médicos, quedan por este medio exonerados de cualquier responsabilidad o responsabilidad legal por la divulgación de la información arriba indicada hasta el límite indicado y autorizado por este.

Yo entiendo que CTDOC, CTBOPP o UCHC/CMHC no limitarán tratamiento presente o futuro por la provisión de esta autorización.

SOLICITUD PARA RETIRAR AUTORIZACION (excepto hasta el límite ya alcanzado en la divulgación)

Yo retiro mi consentimiento a 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 (si el solicitante es menor de edad)

Fecha