



**Autorización para Divulgación de Información Médica Protegida**

Yo/nosotros abajo firmante(s) por este medio autorizo/autorizamos que todos los médicos, proveedores médicos, facilidades médicas, terapeutas, escuelas, servicios de intervención temprana, compañías de seguro médico, y cualquier otro profesional o agencia de cuidado de salud involucrado en el cuidado de mi hijo(a), se comunique con y/o divulgue información, la cual puede incluir información relacionada con lo médico, psiquiátrico, abuso de alcohol, y drogas, HIV/SIDA, Anemia Drepanocítica (Sickle Cell) a cualquiera o todos los siguientes:

**Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud:**

- Region Norte Central: Connecticut Children's Medical Center, Center for Care Coordination**
- Region Este: United Community and Family Services, Inc.**
- Region Este: Generations Family Health Center, Inc**
- Region Noroeste: St. Mary's Hospital, Inc.**
- Region Sur Central: Family Centered Services of CT**
- Region Suroeste: Stamford Hospital**
- Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut en FAVOR**

**Otro:**

- United Way of Connecticut 2-1-1 Infoline Child Development Infoline**
  -
- 

Nombre de niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

mm	dd	aa

Por favor especifique el período de tiempo en que usted autoriza la divulgación de la información:

Toda información mantenida en cualquier momento por el revelador, o

Información mantenida por el revelador desde: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

mm	dd	aa

**Para el propósito de evaluación y/o coordinación de cuidado --**

La confidencialidad de este expediente es requerida bajo Capítulo 19a-25 de las Leyes Generales de CT. El material no se transmitirá a nadie sin el consentimiento o autorización por escrito conforme a las antedichas leyes.

Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto al grado que se hubiese tomado acción basado en ello. Esta autorización, a menos que se hubiese revocado anteriormente, **vence un año después de la fecha cuando se firmó**. Yo comprendo que la información divulgada aquí podría estar sujeta a re-divulgación por el receptor y podría dejar de estar protegida por las prácticas de privacidad de las facilidades arriba indicadas o la ley de privacidad aplicable.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si un representante personal del paciente firma, describa la autoridad legal del representante para actuar en nombre del paciente:

Reconozco recibo y/o el ofrecimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad de todos los proveedores de cuidado actuales. (HIPAA)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_