



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

W-298S  
(Rev. 11/14)

Nombre del cliente de DSS \_\_\_\_\_ # del cliente ó S.S.# \_\_\_\_\_

**Autorizo al DSS a divulgar la información que se indica a continuación a:** (nombre y dirección de la persona que recibirá la información)

\_\_\_\_\_

**para el/los siguiente(s) propósito(s):**

\_\_\_\_\_

(Si no desea indicar un propósito, puede escribir "a mi solicitud".)

**Tipo de información que el DSS está autorizado a divulgar** (marque todo lo que corresponda):

- Información de salud protegida (excepto registros de salud mental, tratamiento para el abuso del alcohol y/o drogas y relacionada con el estado de VIH)
- Registros de salud mental\*  Registros de tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas\*\*
- Información relacionada con el VIH\*\*\*
- Solicitud y documentación del DSS con respecto a los beneficios solicitados, recibidos o que recibe actualmente
- otra \_\_\_\_\_  
(Por favor especifique)

- Entiendo que si me rehúso a firmar esto no afectará mi capacidad de obtener servicios o beneficios del DSS.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole al DSS, por escrito, excepto si ya se ha hecho una divulgación basada en esta autorización.
- Entiendo que la información que yo haya autorizado a ser entregada a una persona o entidad puede ser divulgada nuevamente y ya no estará protegida por las reglamentaciones de privacidad.

Esta autorización vence el \_\_\_\_\_ o cuando \_\_\_\_\_. (Si el uso o divulgación de la Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) es para fines de investigación, incluida la creación y el mantenimiento de una base de datos, escriba "final del estudio de investigación" o "ninguno".)

(Fecha) (Evento)

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

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente del DSS o persona con la autoridad legal de firmar por el cliente  
(Adjunte una copia de la designación como custodio/poder legal/tutor)

Nombre en letra de imprenta de la persona que firma \_\_\_\_\_

**Nota para el destinatario de la información:**

\* Se exige la confidencialidad de los registros de salud mental según el capítulo 899 de los estatutos generales de Connecticut. Este material no será transmitido a ninguna persona sin un consentimiento escrito u otra autorización según se estipula en los estatutos antes mencionados.

\*\* **Registros sobre tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas:** Esta información fue divulgada a usted de los registros protegidos por la regla de confidencialidad federal (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben a usted que divulgue esta información a menos que dicha divulgación sea permitida específicamente con el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permita la regla 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente para este fin. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

\*\*\* **Información relacionada con el VIH:** Esta información confidencial le ha sido divulgada a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe que la divulgue sin el consentimiento por escrito específico de la persona a quien pertenece, o según lo permita la ley estatal. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente para este fin.

Las personas sordas o con dificultades auditivas y que tienen un dispositivo TTD/TTY pueden comunicarse con el DSS al 1-800-842-4524.

Las personas ciegas o con problemas visuales pueden comunicarse con el DSS al 1-860-424-5040.