

**ESTADO DE CONNECTICUT**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y SEVICIOS DE ADICCIÓN**  
**CONNECTICUT MENTAL HEALTH CENTER**  
**34 Park Street – New Haven, Connecticut 06519**  
**Teléfono: 203-974-7300**



**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 \_\_\_\_\_

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

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

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

\*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.**