

**AUTHORIZATION FOR ONGOING VERBAL COMMUNICATION
INVOLVING PROTECTED HEALTH INFORMATION**

I understand that the records (conversations) to be released may contain information pertaining to Medical, Psychiatric, Drug and/or Alcohol Abuse Treatment, and/or Confidential HIV (AIDS) related information.

Patient Name (include name at time of hospitalization if different) Date of Birth Social Security Number

ONGOING COMMUNICATION: I authorize *reciprocal* VERBAL information exchange between Connecticut Valley Hospital and

Name of Person: _____ Relationship: _____

OR

Name of Treatment Facility: _____

Address: _____ Phone: _____

Only ONE Person/Treatment Facility may be listed per Authorization Form

Expiration of Exchange:

This exchange will expire upon discharge from CVH OR

On the following event or condition: _____ OR

This authorization, if not canceled, will expire on (date): _____
(not to exceed 12 months)

(If blank, this authorization will expire 12 months from date of signature below.)

Information to be Disclosed/Discussed	Purpose of Release - Any other use is prohibited
<input type="checkbox"/> All Protected Health Information <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ _____ Dates of Treatment Covered by this Release (if other than all previous/current hospitalization): Limited to the following date(s): _____	<input type="checkbox"/> To Assist with Evaluation and Treatment (includes communication regarding status of treatment) <input type="checkbox"/> Placement/Referral Purposes <input type="checkbox"/> Benefit Determination (includes Medicare/Medicaid) <input type="checkbox"/> Case Management Coordination <input type="checkbox"/> Social Security Disability Determination <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ _____

I understand that refusal to grant permission will in no way effect my right to obtain present and future treatment, except where disclosure of such communication and records is necessary for treatment. I understand that I may revoke this authorization at any time (not retroactively), by signing the "Cancellation/Revocation" section below, except to the extent that action has been taken in reliance on it (i.e. probation, parole, etc.). **This authorization, if not revoked earlier by me, will expire when acted upon or in one year of signature.** I further understand that the Confidentiality of psychiatric, drug and/or alcohol abuse and HIV records are protected under State and Federal law and cannot be disclosed without my written authorization unless otherwise provided for by law. I understand that I may make a request to inspect and/or copy the information to be used and that the agency will provide me with a copy of this signed authorization. The information disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and no longer protected by Federal law.

Patient Signature: _____ Date: _____

**Personal Representative: _____ Date: _____

Witness Signature: _____ Date: _____

CANCELLATION/REVOCATION:

Patient/Legal Representative Signature: _____ Date: _____

**If this form has not been signed by the patient, please state signer's authority and provide a copy of legal appointment.

Conservator/Guardian Executor of Estate Other (specify): _____

Please Note: This is a legal document and will not be honored unless it is completed in full.

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICACIÓN VERBAL EN CURSO
RELACIONADA CON INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL**Instructions: Have Spanish side completed by Patient/Legal Representative translated into English on the reverse side of this form.****Tengo entendido que las conversaciones a ser reveladas podrían contener información confidencial relacionada con tratamientos médicos, psiquiátricos, contra el alcoholismo y la drogadicción, o con el virus del SIDA.**Nombre del paciente (incluya el nombre al momento de su hospitalización, si ha cambiado) _____ Fecha de nacimiento _____ - _____ - _____
Número del Seguro Social _____**COMUNICACIÓN EN CURSO:** Autorizo un intercambio VERBAL de información entre el Connecticut Valley Hospital y
Nombre de la persona: _____ Relación: _____o
Nombre de la institución de tratamiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

SÓLO UNA persona o institución de tratamiento podrán ser indicadas en el formulario de autorización

Vencimiento del intercambio:

 Este intercambio se vencerá al momento de su dada de alta del CVH O Cuando ocurra lo siguiente: _____ O Esta autorización, si no ha sido cancelada, se vencerá el (fecha): _____
(no más de 12 meses)*(Si este espacio está en blanco, esta autorización se vencerá en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de la firma a continuación.)***Información a ser revelada o discutida** Toda la información médica confidencial Otra (especificar): _____**Fechas del tratamiento cubierto por esta autorización (si es diferente a una hospitalización anterior o a la actual):**

Limitada a las siguientes fechas: _____

Propósito de la autorización - cualquier otro uso está prohibido Facilitar la evaluación y el tratamiento (incluye comunicación relacionada con el estado del tratamiento) Colocación o referimiento Determinación de beneficios (incluyendo el Medicare/Medicaid) Coordinación del manejo del caso Determinación de incapacidad para el Seguro Social Otra (especificar): _____

Queda entendido que la denegación de autorizar el permiso no afectará en modo alguno mi derecho a recibir tratamientos ahora y en el futuro, a menos que la revelación de dicha información y registros sea necesaria para fines de tratamiento. Queda entendido que podré revocar esta autorización en cualquier momento (aunque no retroactivamente), firmando la sección de "Cancelación/Revocación", más adelante, a menos que se hayan tomado medidas dependiendo de la misma (por ejemplo, concesión de libertad condicional, etc.).

Esta autorización, de no ser revocada antes por mí, se vencerá luego de su primera aplicación o al transcurrir un año de su firma. Queda entendido asimismo que la confidencialidad de los registros psiquiátricos, de drogadicción y/o alcoholismo, así como los relacionados con el virus del SIDA están protegidos por las leyes estatales y federales y no podrán ser divulgados sin mi permiso escrito, a menos que las leyes indiquen lo contrario. . Queda entendido que podré hacer una solicitud para examinar y/o copiar la información a ser utilizada, y que la agencia me entregará una copia de esta autorización firmada. La información revelada de acuerdo con esta autorización podrá ser revelada de nuevo por el destinatario y dejar de estar protegida por las leyes federales.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

**Representante personal: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

CANCELACIÓN/REVOCACIÓN:

Firma del paciente o su representante legal: _____ Fecha: _____

**En caso de que este formulario no haya sido firmado por el paciente, favor de indicar la autoridad o capacidad del firmante y presentar una copia de la asignación o nombramiento legales.

 Conservador/Tutor Albacea Otro (especificar): _____**Favor de notar:** Este es un documento legal, que no será acatado hasta que haya sido llenado totalmente.