

## AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Al completar éste formulario, usted acepta compartir información con Child and Family Agency of Southeastern CT, Inc. (CFA) de otro proveedor médico o de salud conductual, escuela, individuo u organización. Esta autorización le otorga permiso para recibir información hacia y desde un individuo u organización mencionada a continuación.

### ¿De quién es la información que se divulga?

Nombre \*: \_\_\_\_\_ Apellido \*: \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia (Si Alguno): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

¿Cuál es su relación con el cliente que recibe servicios en CFA?\*

Yo mismo

Padre

Guardián Legal (Otro diferente al padre/madre)

Define: \_\_\_\_\_

*Si usted no es el cliente, por favor identifique al cliente que recibe los servicios de CFA.*

Nombre \*: \_\_\_\_\_ Apellido \*: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

### Información Individual u Organizacional

¿Usted está compartiendo información a un individuo o a una organización privada o pública? \*

Individual

Organización Privada o Pública (Ej. Distrito Escolar, Departamento de Niños y Familia/DCF, Hospital)

Individuo con el cual usted está compartiendo la información

Nombre\*: \_\_\_\_\_ Apellido\*: \_\_\_\_\_

Relación con la persona recibiendo los servicios: \_\_\_\_\_

Dirección Línea 1: \_\_\_\_\_

Dirección Línea 2 (PO Box, Apartamento #, etc.): \_\_\_\_\_

Ciudad\*: \_\_\_\_\_ Estado\*: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Información Adicional (De ser necesario):

---

---

Organización Privada o Pública

Nombre de la Organización\*: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad\*: \_\_\_\_\_ Estado\*: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fax (Opcional): \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Información de la Persona Contacto (Médico, Trabajador Social, Abogado):

---

Información Adicional (Si alguna)

---

---

### Detalles de PHI (Información de Salud Protegida) \*

Por favor seleccione cuál información le gustaría ser revelada marcando la casilla al lado de la opción. (Seleccione todas las que apliquen)

- Psiquiátrico
- Médico
- Educación
- Resumen de Documentos de Psicoterapia
- Otro

Describa: \_\_\_\_\_

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información confidencial sobre mis expedientes o los expedientes de mis dependientes (seleccione todos los que correspondan)

- Abuso de Sustancias (Alcohol/drogas)
- Información Confidencial relacionada con VIH/ SIDA

### Reconocimientos

Al firmar a continuación, entiendo y reconozco lo siguiente:

- Entiendo que ésta autorización vencerá un año a partir de la fecha de su firma, a menos que se cancele.

- Esta autorización no autoriza que se comparta la información recibida de terceros miembros.
- Entiendo que negarme a firmar este formulario de autorización no afectará mi derecho a obtener servicios presentes y futuros, excepto cuando la divulgación de los registros solicitados sea necesaria para los servicios. También entiendo que puedo revocar esta autorización notificando por escrito a CFA sobre el destinatario designado. Una revocación de esta autorización no se aplicará a ningún expediente divulgado antes de que se revoque la autorización. Según C.G.S. 17a-28(k) la información divulgada de conformidad con esta autorización no está sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario sin una autorización separada para ese propósito, excepto lo dispuesto por dicho estatuto.

Nombre impreso de la persona que autoriza la divulgación o del representante autorizado \*

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Firma de la persona que autoriza la divulgación o del representante autorizado \*

\_\_\_\_\_ Fecha\*: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)