



Autorización para la divulgación de información (ROI)

Nombre legal: _____
(Primer nombre) (Apellido)

Nombre preferido (si corresponde): _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección del cliente: _____
(Número de apartado postal o calle, ciudad, estado, código postal)

Autorizo a Child & Family Agency of Southeastern CT, Inc. a divulgar la siguiente información: (seleccione todo lo que aplica):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Último historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Resumen del tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | |

Información de salud confidencial

Marque cada casilla a continuación para divulgar la siguiente información:

- Abuso de sustancias (que incluye abuso de alcohol y drogas)
- Salud reproductiva
- Enfermedad de transmisión sexual
- Otro _____

Cientes entre 13-17 años deben dar su consentimiento para la divulgación de información de salud confidencial. Si usted es padre/tutor y alguna de las tres casillas



superiores está marcada, un representante de CFA se comunicará con su hijo adolescente para solicitar su consentimiento y le entregará una copia de este formulario.

Información divulgada con el fin de coordinación de la atención y/o

otro _____ **hacia y desde:**

Nombre/Entidad: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

(Número de apartado postal o calle, ciudad, estado, código postal)

Entiendo que:

- Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha a continuación. Entiendo que después de firmar éste formulario, puedo cancelar ésta autorización en cualquier momento comunicándome con CFA por escrito.
- El padre o tutor legal debe firmar ésta autorización si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), a menos que los registros se relacionen con tratamientos para los cuales el menor pueda dar su consentimiento según la ley estatal de CT. Si se incluye información sobre VIH, drogas/alcohol, el menor debe firmar como se describe arriba
- Los registros médicos que contengan información protegida según las leyes federales o estatales aplicables deben también ser autorizado por un menor cuando tenga 13 años o más (por ejemplo, VIH, abuso de sustancias, incluido el alcohol) y abuso de drogas, salud reproductiva y/o enfermedades de transmisión sexual).
- Esa información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de su información y ya no estará protegida por la Regla de Privacidad HIPAA. De conformidad con 45 CFR § 164.508, la información divulgada conforme a ésta autorización no está sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario sin una autorización separada para ese propósito, excepto según lo dispuesto por dicho estatuto.



Nombre de la persona que autoriza la divulgación o representante autorizado Fecha

Firma de la persona que autoriza la divulgación o del representante autorizado Fecha

Por favor indique relación con el cliente:

<input type="checkbox"/> Yo mismo	<input type="checkbox"/> Tutor legal
<input type="checkbox"/> Madre/padre	<input type="checkbox"/> Otro representante legal autorizado: _____