



Child & Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc.
Advancing Individual & Community Health

Autorización para la divulgación de información (ROI)

Nombre legal: _____

(Primer nombre)

(Apellido)

Nombre preferido (si corresponde): _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero 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):

- Expediente médico completo
- Último historial y examen físico
- Resultados de laboratorio
- Cartilla de vacunación
- Lista de medicamentos
- Evaluaciones de salud mental
- Notas de progreso
- Resumen del tratamiento
- Otro: _____

NO incluya la siguiente información:

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

**Los clientes entre 13 y 17 años deben dar su consentimiento para la divulgación de información de salud confidencial.*

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

otro _____ a:

Individuo, proveedor, agencia o distrito escolar: _____

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 este formulario, puedo cancelar esta autorización en cualquier momento comunicándome con CFA por escrito.
- El padre o tutor legal debe firmar esta 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:

Nombre impreso del menor (cuando corresponda)* _____

Firma del menor (cuando corresponda)* _____

Fecha _____