

Nombre del Cliente, Apellido: _____

Fecha de Nacimiento del Cliente: _____

INSTRUCCIONES:
AUTORIZACION PARA SOLICITAR O DIVULGAR INFORMACION DE
SALUD PROTEGIDA

El formulario de Autorización para Solicitar o Divulgar Información de Salud Protegida tiene un doble propósito. Puede utilizarse para solicitar que los registros sean divulgados de Child & Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc (CFA), o para solicitar que los registros sean enviados a Child & Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc por una entidad externa. Por lo general, este formulario se utiliza cuando se requiere que el cliente o el padre/madre/tutor legal autorice la divulgación de información de salud protegida.

**Tenga en cuenta que las solicitudes de registros pueden estar sujetas a un cargo por copias.*

Sección 1. Proporcione la información de identificación del cliente, incluyendo su nombre legal completo, fecha de nacimiento, dirección y datos de contacto.

Sección 2. En el recuadro "DE", indique el nombre de la organización o proveedor que proporcionara los registros (generalmente, Child & Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc.).

En el recuadro "A", indique el nombre de la organización o proveedor a quien desea que se divulguen los registros (por ejemplo: "a mí mismo/a" o "Consultorio médico" o "Nombre del abogado" o "Nombre de la compañía de seguros").

Sección 3. Indique el tipo de registros que desea que se divulguen. Los clientes entre 13 y 17 años de edad deben dar su consentimiento para la divulgación/solicitud de información de salud sensible. Si usted es el padre/madre/tutor legal y se marca alguna de esas casillas, un miembro del personal de CFA se comunicará con el adolescente para obtener su consentimiento y proporcionarle una copia de este formulario.

Sección 4. Indique el propósito o motivo de la solicitud. También indique la manera en que desea que se divulguen los registros.

Sección 5. Describe información importante relacionada con esta información.

Sección 6. Para que esta información pueda ser divulgada, firme y feche el formulario. La información no puede ser divulgada sin la firma autorizada correspondiente.

Los formularios que estén incompletos o que no puedan leerse debido a una escritura poco clara se consideraran inválidos y serán devueltos para que sean completados correctamente.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Equipo de Garantía de Calidad
al (860)437-4550 ext. 923.

¡ Gracias!

AUTORIZACION PARA SOLICITAR O DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre Legal: _____ Apellido Legal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección del Cliente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

SECCIÓN 2: DETALLES DE LA AUTORIZACIÓN

DE: (seleccione una opción) ☐ Child & Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc Teléfono: (860)437-4550 Fax: (860)661-4262 ☐ Otra Organización/Proveedor (Especifique abajo): Nombre: _____ Dirección: _____ Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____	A (Nota: escriba “a si mismo/a” si se envía al cliente): (seleccione una opción) ☐ Otra Organización/Proveedor (Especifique abajo): Nombre: _____ Dirección: _____ Número de Teléfono: _____ Fax: _____ ☐ Child & Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc Teléfono: (860)437-4550 Fax: (860)661-4262
---	--

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOLICITADA O DIVULGADA (Marque todas las opciones que correspondan)

Información de Salud Protegida Expediente Médico ☐ Última historia clínica y examen físico ☐ Resultados de laboratorio ☐ Registros de vacunas ☐ Lista de medicamentos ☐ Resumen posterior a la consulta Expediente de Salud Conductual ☐ Evaluación Inicial ☐ Actualizaciones del Plan de Tratamiento ☐ Notas de Progreso ☐ Resumen de Alta ☐ Otro: _____	* Información de Salud Especialmente Protegida ☐ *Abuso de Sustancias (incluye Abuso de Alcohol y Drogas) ☐ *Salud Reproductiva ☐ *Enfermedad de Trasmision Sexual ☐ *Estado de VIH/SIDA <i>* Los clientes de 13 a 17 años deben dar su consentimiento para solicitar/divulgar información médica sensible. Si usted es padre/madre o tutor legal y se marca alguna de las tres primeras casillas, un representante de CFA se comunicará con su hijo/a adolescente para obtener su consentimiento y entregarle una copia de este formulario.</i>
---	---

SECCIÓN 4: PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN Y MÉTODO DE ENTREGA

PROPOSITO (Seleccione uno): ☐ Atención Médica ☐ Atención de Salud Conductual ☐ Personal ☐ Seguro ☐ Asunto Legal ☐ Otro (Especifique): _____	MÉTODO DE ENTREGA (Seleccione uno): ☐ Correo electrónico ☐ Fax ☐ Copia impresa para recoger en la oficina o correo certificado (pueden aplicarse cargos)
--	---

SECCIÓN 5: OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Esta autorización vencerá dentro del plazo de un año a partir de la fecha de la última firma recopilada, a menos que se revoque. Los clientes y los padres/tutores legales pueden revocar esta autorización en cualquier momento comunicándose con CFA por escrito.
- La información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de quien la reciba y dejar de estar protegida por la Norma de Privacidad de HIPAA. De conformidad con 45 CFR § 164.508, quien reciba la información divulgada conforme a esta autorización no podrá volver a divulgarla sin una autorización independiente para ese propósito, salvo en los casos previstos por dicha ley.
- El padre/madre 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 conforme a la ley del estado de Connecticut. Si se incluye información sobre VIH o consumo de alcohol o drogas, el menor debe firmar para dar su consentimiento, como se indica a continuación.
- Los registros médicos que contengan información protegida por las leyes federales o estatales aplicables también deben ser autorizados por el menor cuando tenga 13 años o más (por ejemplo, información sobre VIH, consumo de sustancias, incluido el consumo de alcohol y drogas, salud reproductiva y/o enfermedades de transmisión sexual).
- Pueden aplicarse cargos conforme a la ley del estado de Connecticut y las políticas de CFA.
- Si tiene preguntas sobre las solicitudes de registros, comuníquese con el Equipo de Garantía de Calidad de CFA al (860) 437-4550, ext. 923.

SECCIÓN 6: CONSENTIMIENTO PARA SOLICITAR/DIVULGAR PHI Y FIRMAS

Persona que solicita o autoriza la divulgación de PHI (Seleccione solo una opción)

- ☐ Tengo 13 años o más y doy mi consentimiento para que se solicite/divulgue mi información de salud protegida según se indicó anteriormente. Entiendo que se requiere mi consentimiento para compartir información médica sensible y que he revisado la solicitud de mi padre/madre o tutor legal.
- ☐ Tengo 18 años o más y doy mi consentimiento para que se solicite/divulgue mi información de salud protegida según se indicó anteriormente.
- ☐ Soy padre/madre o tutor legal de un menor que recibe servicios en Child & Family Agency. Doy mi consentimiento para que se solicite/divulgue la información de salud protegida del cliente, como se indicó anteriormente. Mi información aparece a continuación:

Nombre (letra de molde) _____ Apellido (letra de molde) _____

Número de Teléfono _____

Relacion al Cliente (seleccione uno): **Padre/Madre/Tutor Legal** **Otro(especifique):** _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

FIRMA(S)

Cliente/Persona que Recibirá los Servicios (si es mayor de 13 años)

Fecha (MM/DD/AAAA) _____

Nombre en letra de molde (Nombre y Apellido) _____

Firma _____

Padre/Madre/Tutor Legal (si corresponde)

Fecha (MM/DD/AAAA) _____

Nombre en letra de molde (Nombre y Apellido) _____

Firma _____