

**INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente (si es un menor): \_\_\_\_\_  
 Nombre en el momento del tratamiento: \_\_\_\_\_  
 No. de teléfono: Particular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN ACTUAL DEL PACIENTE**

Calle \_\_\_\_\_  
 Población/ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

**Autorizo a Danbury Hospital a divulgar la información descrita más abajo a:**

Nombre de la persona / institución \_\_\_\_\_

Dirección de la persona / institución \_\_\_\_\_

Fecha(s) de tratamiento: \_\_\_\_\_

**Información a ser divulgada:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta médica         | <input type="checkbox"/> Informe operativo                           | <input type="checkbox"/> Informes de radiografías |
| <input type="checkbox"/> Registro de sala de emergencia | <input type="checkbox"/> Informe de patología                        | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio  |
| <input type="checkbox"/> Llamadas telefónicas ocutadas  | <input type="checkbox"/> Abstracto para continuación del tratamiento |   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                     |  |   |

**SE PUEDE EFECTUAR UN CARGO POR ESTE SERVICIO Y SE REQUIERE EL PAGO ANTICIPADO**

**- Office Use Only -**

Requester ID verified by: \_\_\_\_\_  
 employee name

Date copies mailed: \_\_\_\_\_

Med Rec #: \_\_\_\_\_

A copy of this signed Authorization form must be given to the patient or patient's representative.

**AUTORIZACIÓN**

Por el presente autorizo la divulgación de mis propios registros o los registros de mi hijo descritos más arriba, incluidos registros relativos a SIDA/VIH +, tratamiento psiquiátrico, abuso de drogas y/o alcohol y a que Danbury Hospital utilice la información para los fines de :

A solicitud del paciente  Otro:

Entiendo que, si el destinatario de la información no es un proveedor de cuidados de asistencia médica o un plan de asistencia médica cubierto por la Regla de Privacidad federal, la información utilizada o divulgada según se describe más arriba puede ser divulgada por el destinatario y deja de estar protegida por la Regla de Privacidad. No obstante, puede que otras leyes estatales o federales prohíban que el destinatario divulgue información especialmente protegida como, por ejemplo, información relativa a tratamiento para el abuso de sustancias, información relacionada con el VIH/SIDA e información relativa a asistencia psiquiátrica/mental. Se me ha informado de que mi negativa a conceder mi consentimiento para la divulgación de información relacionada con tratamiento psiquiátrico no pondrá en peligro mi derecho a obtener tratamiento psiquiátrico presente o futuro, excepto en el caso de que la divulgación de la información y los registros sea necesaria.

Entiendo que Danbury Hospital puede negarse a proporcionarme cuidados de asistencia médica que tengan como fin exclusivo la creación de información relativa a asistencia médica para divulgación a un tercero si me niego a firmar la presente Autorización para la divulgación de información relativa a asistencia médica al tercero. Entiendo que no se requiere de otra manera que firme la presente Autorización como condición de tratamiento, pago o elegibilidad de beneficios.

Entiendo que puedo revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Danbury Hospital ya haya tomado medidas sobre la base de la presente autorización. A menos que revoque la presente autorización antes de dicho momento, la presente autorización vencerá 12 meses a partir de la fecha de la firma. La carta de revocación debería enviarse al Departamento de Servicios de Información relativa a Asistencia Médica de Danbury Hospital a la dirección indicada más arriba.

Mediante la firma a continuación, reconozco que he leído y entiendo el presente formulario de Autorización.

**X** \_\_\_\_\_  
**FIRMA del paciente o representante autorizado del paciente**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE HOY**

\_\_\_\_\_  
**REPRESENTANTE AUTORIZADO (escribir en letra de imprenta/molde)**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente/autorización para actuar en nombre del paciente**

Si es firmado por el Representante del Paciente, especifique la relación del firmante con el paciente y describa la relación con el paciente y la autorización para actuar en su nombre.

Si el paciente es menor de edad (tiene menos de 18 años) o tiene un tutor legal, en la mayoría de los casos, esta autorización debe ser firmada por el padre o madre o tutor legal del paciente. Si un paciente menor de edad está recibiendo tratamiento para afecciones o condiciones psiquiátricas, abuso de drogas/alcohol, enfermedades venéreas o VIH/SIDA, puede que se requiera el consentimiento del menor para la divulgación de registros. Si el Hospital determina que el consentimiento del menor es necesario para divulgar los registros solicitados, el Hospital se pondrá en contacto con el menor para obtener su autorización.

## AVISO

### PROHIBICIONES RELATIVAS A DIVULGACIÓN

#### Registros y comunicaciones psiquiátricas

En el supuesto de que la información divulgada constituya una comunicación privilegiada entre el psiquiatra y el paciente:

La confidencialidad de este registro se requiere en virtud del Capítulo 899 de las leyes generales de Connecticut. Este material no será transmitido a nadie sin autorización escrita, tal y como se estipula en las leyes mencionadas anteriormente.

#### Registros relativos a abuso de drogas y alcohol

En el evento de que la información divulgada se encuentre protegida por los Reglamentos relativos a Confidencialidad de los Registros de Pacientes relacionados con Abuso de Alcohol y Drogas (*Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records Regulations*) de HHS:

Esta información le ha sido divulgada a usted a partir de registros protegidos por reglas federales relativas a confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben que usted efectúe cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que la divulgación adicional se encuentre permitida de forma expresa por el consentimiento escrito de la persona a la que haga referencia o se encuentre permitido de otra manera por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas.

#### Información relacionada con el VIH

En el supuesto de que la información divulgada constituya información confidencial relacionada con el VIH en virtud de la ley de Connecticut:

Esta información le ha sido divulgada a usted a partir de registros cuya confidencialidad se encuentra protegida por la legislación estatal. La legislación estatal prohíbe efectuar cualquier divulgación adicional de la misma sin el consentimiento escrito expreso de la persona a la que haga referencia, o según permita de otra manera dicha legislación. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin.