

Autorización para Divulgar / Información Médica**Información del Paciente**

Nombre del Paciente: _____
Apellido de soltera/Otro: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____
Teléfono del Trabajo: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Autorización para la Divulgación de Información Autorizo a Cornell Scott–Hill Health Center (CS-HHC) a:

☐ **Divulgar** mi información médica a ☐ **Obtener** mi información médica de

Nombre / Organización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Método: ☐ Correo ☐ Fax ☐ Recogida (**SE REQUERIRÁ IDENTIFICACIÓN**)

Nota: CS-HHC se reserva el derecho de cobrar un costo razonable por copias y envío por correo (según el Estatuto General de Connecticut §20-7c(b)): \$0.68 por página más franqueo.

Propósito de la Solicitud Especifique el propósito de esta solicitud

☐ Personal ☐ Cuidado Continuo ☐ Transferencia de Cuidado ☐ Legal ☐ Seguro ☐

Incapacidad ☐ Compensación Laboral ☐ Otro: _____

Información que se Divulgará

☐ **Toda la información** médica mantenida por Cornell Scott–Hill Health Center.

☐ **Solo información específica** (marque todas las que correspondan):

☐ Expedientes médicos ☐ facturación ☐ Dental ☐ Registro de Inmunización

☐ Otro: _____ Fechas de Servicio: Desde _____ Hasta _____

Autorización para Información Confidencial Cierta información médica está **protegida por ley**. Por favor, coloque sus iniciales junto a cada categoría para autorizar su divulgación:

Estatus VIH/SIDA

Uso de Drogas / Alcohol

Salud Mental / Psiquiatría

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que CS-HHC no puede exigirme firmarla como condición para recibir tratamiento. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento entregando una notificación escrita y firmada a CS-HHC. Una vez divulgada, la información puede no estar protegida por las leyes federales de privacidad.

Vencimiento y Firmas Esta autorización vence un año después de la fecha de la firma, a menos que se revoque antes. Un 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 correspondan a un tratamiento para el cual el menor pueda otorgar consentimiento según la ley del estado de Connecticut. Si los registros incluyen información sobre VIH, salud conductual o consumo de drogas/alcohol para un paciente de 13 años o más, el menor también debe firmar esta autorización según lo indicado anteriormente.

Firmas

IMPRIMIR NOMBRE Y FECHA

Paciente / Representante autorizado:

Fecha:

Firma Y FECHA

Paciente / Representante autorizado:

Fecha:

IMPRIMIR NOMBRE Y FECHA

Testigo / Personal autorizado:

Fecha:

Firma Y FECHA

Testigo / Personal autorizado:

Fecha:

Autoridad /Relación:

Testigo / Verificación del Personal (ID con foto o prueba legal):