



AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Nombre del paciente: _____		Nombre de soltera/otro nombre: _____	
	Dirección del paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____	
	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____	Teléfono: _____
Autorizo a Fair Haven Community Health Care a ☐ DIVULGAR y/u ☐ OBTENER la información de mi historia clínica como se especifica a continuación:				
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE	Nombre: _____		Teléfono: _____	
	Dirección: _____		Fax: _____	
	Ciudad: _____		Método de divulgación:	
	Estado: _____		☐ Correo postal ☐ Fax ☐ Recogida ☐ Verbal	
	Código postal: _____			
	En virtud de la Ley estatal de Connecticut, FHCHC se reserva el derecho de cobrar una tarifa razonable por el coste de producir y enviar copias por correo.			
	Propósito de la solicitud	☐ Uso personal	☐ Coordinación de la atención	☐ Legal
		☐ Compensación al trabajador	☐ Seguro	☐ Discapacidad
			☐ Transferencia de la atención sanitaria	☐ Otro: _____
INFORMACIÓN A DIVULGAR	Fechas del servicio desde el ____ / ____ / ____ hasta el ____ / ____ / ____		Autorización para información confidencial	
	☐ Toda la información poseída en cualquier momento por FHCHC		Las leyes federales y estatales de Connecticut requieren su expresa autorización para divulgar determinada información de salud. La siguiente información NO se divulgará sin su expresa autorización. Para obtener información más detallada sobre sus derechos a la privacidad, consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.	
	☐ la siguiente información limitada:			
	☐ Historias clínicas		Tipos de información confidencial	
	☐ Facturación		Inicial	
	☐ Registros dentales		Fechas del servicio	
☐ Registro de vacunación		Divulgación de datos de salud conductual/psiquiátrica*		
☐ Otro: _____		Divulgación de VIH/SIDA-ETS		
		Divulgación de tratamiento por consumo de alcohol/drogas*		
		Divulgación de la atención de salud reproductiva		

*Si esta es una autorización para notas de psicoterapia o para notas de asesoramiento sobre abuso de alcohol/drogas (Trastorno por consumo de sustancias: TAS), NO puede combinarse con una autorización para ningún otro tipo de información médica de conformidad con las leyes federales y estatales. Se necesita una autorización por escrito por separado.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN	Con mi firma a continuación, reconozco lo siguiente:
	- Esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha que consta a continuación. Entiendo que después de haber firmado este formulario, puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto por escrito con FHCHC. La cancelación de esta autorización no se aplicará a la información ya divulgada al amparo de esta autorización. - Entiendo que cierta información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a divulgarse por parte del destinatario, mientras que otra información, incluida la información confidencial mencionada anteriormente, puede permanecer protegida por las leyes federales o estatales y no puede ser divulgada de nuevo sin una nueva autorización, excepto si la ley lo permite. Por ejemplo, la parte 2 del 42 CFR prohíbe el uso o la divulgación no autorizados del tratamiento por consumo de alcohol/drogas. - Entiendo que esta autorización es voluntaria y mi que tratamiento por parte de FHCHC no estará condicionado en forma alguna a por mi firma en esta autorización, y que puedo negarme a firmarla. - El progenitor o tutor legal debe firmar esta autorización si el paciente es menor de edad (menores de 18 años de edad), a menos que los registros se relacionen con tratamientos para los cuales el menor puede proporcionar su consentimiento en virtud de la ley estatal de CT. Si el servicio de atención de salud conductual, para drogas/alcohol o para salud reproductiva está incluido para un paciente de 13 años o más, el menor debe firmar como se describe más arriba.

Firma del paciente o del representante autorizado

Nombre en mayúsculas

Fecha

Firma del testigo

Nombre en mayúsculas

Fecha

Rev. 1/2026

Si la firma es del representante autorizado del paciente, describa la facultad legal del representante para actuar en nombre del paciente y adjunte la documentación legal: _____