



**Health Information Services**  
**Danbury Hospital**  
**24 Hospital Avenue**  
**Danbury, CT 06810**  
**Phone: (203) 739-7218 Fax: (203) 749-9000**  
**Email: medicalrecords@wchn.org**

**Autorización para la divulgación de Información**  
**PARA DIVULGAR REGISTROS DE O PARA DANBURY HOSPITAL**

**INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Teléfono #: Casa/Cel: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_  
 Pueblo/Ciudad Estado Código Postal

Autorizo a Danbury Hospital a divulgar la información descrita más abajo **PARA:**  
**Nombre de la persona/Institución:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Autorizo que la información sea revelada a Danbury Hospital **POR:**  
**Nombre de la persona/Institución:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOLICITADA**

**PUEDE HABER UN CARGO POR ESTE SERVICIO Y SE REQUERIRÁ UN PAGO ANTICIPADO**

Fecha(s) del tratamiento: \_\_\_\_\_  
 Formato: Papel CD Acceso seguro al internet, indique correo electrónico arriba

Información a Divulgar y Propósito:  Cuidado Continuo  Otro: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio/Patología	<input type="checkbox"/> Tratamiento Abstracto	<input type="checkbox"/> Reportes de radiografías
<input type="checkbox"/> Reportes de Sala Emergencia	<input type="checkbox"/> Resumen de alta medica	<input type="checkbox"/> Reporte operativo
<input type="checkbox"/> Reportes de abuso de Drogas y Alcohol*	<input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico*	<input type="checkbox"/> Reportes de VIH-SIDA*

Iniciales: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

\* Si indica que necesita sus reportes de Abuso de Drogas y Alcohol, Tratamiento Psiquiátrico y/o del VIH-SIDA, escriba sus iniciales para afirmar que usted autoriza que se revele dicha información.

Otro: \_\_\_\_\_

**-Office Use Only-**  
 Requester ID verified by:  
 \_\_\_\_\_  
 Employee Initials  
**Medical Record #:**  
 \_\_\_\_\_  
 A copy of this signed authorization form must be given to the patient or patient's representative.

Fecha de vencimiento de la autorización: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Si está en blanco se vencerá en 12 meses

**AUTHORIZACIÓN**

Yo autorizo que los registros médicos indicados arriba sean divulgados o recibidos por Danbury Hospital para el propósito indicado. Entiendo que, si el destinatario de la información no es un proveedor de servicios de salud o el plan de salud federal cubierto por la Regla de Privacidad, la información usada o revelada como se describe anteriormente puede ser re divulgada por el beneficiario y ya no estará protegida por la Regla de Privacidad. Sin embargo, otra ley del estado o federal, puede prohibir al destinatario de revelar información privada, como información genética, el tratamiento del abuso de drogas, información relacionada con el VIH/SIDA, psiquiatría o información de salud mental. He sido informado(a) que si niego el consentimiento de divulgar registros médicos relacionados con el tratamiento psiquiátrico o mental no perjudicará mi derecho a recibir tratamientos psiquiátricos, excepto cuando sea necesario comunicar y divulgar registros médicos para el tratamiento.

Entiendo que no estoy obligado a firmar la autorización como una condición de tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que la acción y las medidas hayan sido tomadas en la autorización de la dependencia. La carta de revocación debe ser enviada al Departamento de Servicios de Información para la Salud de Danbury Hospital en la dirección indicada más arriba. Al firmar a continuación, he de reconocer que he leído esta forma de autorización.

**X** \_\_\_\_\_  
**FIRMA del Paciente o Representante Autorizado** **FECHA DE HOY**

**REPRESENTANTE AUTORIZADO (letra de imprenta)** **Relación al Paciente/Autoridad 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.