



Departamento de Información de Salud
 982 East Main Street
 Bridgeport, CT 06608
 (P) 203-621-3857 (F) 203-683-3612

Solo para uso de la oficina	
Nombre del paciente	
Numero de grafico	
Fecha	

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

****Lea y complete todos los elementos****

Nombre del paciente:		Alias/Nombre de soltera:
DOB:	Últimos 4 SSN:	Numero de teléfono:
Dirección:		

Autorizo el uso/divulgación de información de salud sobre mí como se describe a continuación:

<input type="checkbox"/> Obtener de: _____ (liberación de que organización)	<input type="checkbox"/> Revelar a: _____ (liberar a quien)
Dirección: _____	Dirección: _____

Autorizo la divulgación de la siguiente información de mi expediente médico

- MEDICO SALUD CONDUCTUAL/MENTAL (aparte de las notas de psicoterapia) _____ (*iniciales*)
 DENTAL

Por favor, especifique las fechas de visita Desde _____ Para _____

- Expediente médico completo
 Resultados individuales (Especificar) _____
 Notas de consultorio medico
 Archivos de imagen y/o CD's
 Estado de cuenta
 Otro (Especificar) _____

A fin de:

<input type="checkbox"/> Más atención medica	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Elegibilidad/beneficios del seguro
<input type="checkbox"/> Médicos cambiantes	<input type="checkbox"/> Investigación judicial	<input type="checkbox"/> Consultas de facturación
Otro:		

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con infecciones de transmisión sexual, SIDA o VIH. También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento del abuso de alcohol y drogas.

La siguiente información no se divulgará a menos que usted lo autorice específicamente marcando las casillas correspondientes a continuación y firmando **sus iniciales** como **reconocimiento secundario**.

- _____ (*iniciales*) Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con el abuso, diagnostico o tratamiento de drogas y alcohol (42 C.F.R §§2.34 and 2.35).
 _____ (*iniciales*) Autorizo específicamente la divulgación de los resultados de las pruebas de VIH y SIDA (Health and Safety Code §19a-589).
 _____ (*iniciales*) Autorizo específicamente la divulgación de información de pruebas genéticas (Health and Safety Code §124980(j)).

¿Cómo quieres recibir tus registros? CD o PAPEL

AVISO

Optimus Health Care Inc. y muchas otras organizaciones e individuos, como médicos, hospitales y planes de salud, están legalmente obligados a mantener la confidencialidad de su información médica. Si ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, es posible que ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

TUS DERECHOS

Esta Autorización para divulgar información de salud ("Autorización") es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta Autorización, excepto en los siguientes casos: (1) para realizar un tratamiento relacionado con la investigación; (2) para obtener información relacionada con la elegibilidad o inscripción en un plan de salud; (3) para determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo; o (4) para crear información de salud para proporcionar a un tercero.

Esta Autorización puede ser revocada en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito, firmada por usted o su representante del paciente y entregada a Optimus Health Care Inc. Health Información Departamento, 982 East Main St., Bridgeport CT, 06608. La revocación entrará en vigencia cuando Optimus Health Care Inc. reciba excepto en la medida en que Optimus Health Care, Inc. u otros ya se hayan basado en él.

Tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Caducidad de la Autorización:

A menos que se revoque de otro modo, esta Autorización vence _____ (inserte la fecha o evento aplicable). Si no se indica una fecha, esta Autorización vencerá 12 meses después de la fecha de firma de este formulario.

Firma del paciente/padre/tutor:	Fecha:
Nombre impreso del paciente/padre/tutor:	Fecha:
Testigo (solo si el paciente no puede firmar) o intérprete	Fecha:

Si el paciente no puede dar su consentimiento o es menor de edad, complete lo siguiente:

Si está firmado por una persona que no es el paciente, seleccione la relación. Es posible que se requiera documentación legal.

La paciente es:	<input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Incompetente <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Fallecido
Autoridad legal: (Por favor marque)	Guardián legal Padres con custodia Poder notarial para el cuidado de la salud (si se ejecuta antes de Octubre 1, 2006) Albacea del patrimonio del difunto Representante legal autorizado

Nota: Mi firma reconoce que yo o mi representante recibimos una copia de esta Autorización. Esta Autorización no será aceptada a menos que se complete en su totalidad. Se aceptará una copia de esta Autorización en lugar del original.