

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

A fin de que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) utilice o divulgue la información que tiene sobre usted en sus archivos para fines que no están directamente relacionados con la administración de sus programas o que no sean requeridos por ley u orden judicial, usted deberá llenar y firmar el presente formulario. La información contenida en los archivos puede incluir información médica protegida (protected health information "PHI") relacionada con su estado de salud pasado, actual o futuro; los servicios médicos prestados; o pagos pasados, actual o futuro por la prestación de servicios médicos.

Nombre del Cliente del DSS: _____

Yo autorizo al DSS a entregar la información indicada líneas abajo a: (nombre y dirección de persona que recibirá la información)

para el / los siguiente(s) propósito(s):

(si usted no desea mencionar un propósito, puede escribir "a solicitud mía".)

Tipo de Información que el DSS está Autorizado a Entregar (marcar la opción que corresponda):

- ☐ PHI* ☐ archivos de tratamiento contra alcoholismo y/o drogadicción** ☐ información relacionada con el VIH***
- ☐ financiera ☐ solicitud del DSS y documentación relacionada con beneficios recibidos o que se están recibiendo
- ☐ toda la información en los registros ☐ otro _____
(sírvese especificar)

- Tengo conocimiento de que negarme a firmar no afectará mi derecho a recibir servicios o beneficios del DSS.
- Tengo conocimiento de que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, notificando al DSS, por escrito, excepto cuando ya se haya divulgado la información en referencia con dicha autorización.
- Tengo conocimiento de que la información que autorizo que una persona o entidad reciba, puede ser divulgada de nuevo y no estar más protegida por normas de privacidad.

la presente autorización expira el _____ o en _____
(fecha) (evento)

(en caso el uso o divulgación de PHI sirva para fines de investigación, incluyendo la creación y mantenimiento de una base de datos, escribir "final de un estudio de investigación" o "ninguno".)

_____ Firma del Cliente del DSS o Persona con Poder Legal para Firmar en nombre del Cliente (Adjuntar copia de designación como Custodio / Apoderado / Tutor)	_____ ID# o Cliente del DSS	_____ Fecha
	_____ Nombre en Imprenta del Signatario	

Nota al receptor(a) de información:

- * **Se requiere mantener la** confidencialidad de los archivos psiquiátricos conforme el capítulo 899 de la Ley General de Connecticut. Esta información no será entregada a ninguna persona sin consentimiento escrito u otra autorización de conformidad con la ley antes mencionada.
- ** **Archivos sobre Tratamiento contra el alcoholismo y/o drogadicción:** La información que le ha sido entregada procede de registros protegidos por la ley de confidencialidad federal (42 CFR Parte 2). Las leyes federales prohíben divulgar adicionalmente esta información, a menos que esta acción sea expresamente permitida mediante consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o, conforme a lo que permita 42 CFR Parte 2. **NO** será suficiente para este propósito una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo. Las leyes federales restringen cualquier uso de la información para investigar o precisar penalmente a cualquier paciente que sufra de alcoholismo o drogadicción.
- *** **Información Relacionada al VIH:** Esta información ha sido entregada a usted procedente de registros cuya confidencialidad se encuentra protegida por legislación estatal. La legislación estatal prohíbe divulgar adicionalmente esta información sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece, o conforme a lo que permita la legislación estatal. **NO** será suficiente para este propósito una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo.