

## Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida (PHI)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono durante la tarde: \_\_\_\_\_

### Yo autorizo a la Universidad de Yale a (escoger una o las dos opciones abajo):

- Usar o divulgar mi Información de Salud Protegida (PHI) de la forma indicada abajo a:
- Obtener mi Información de Salud Protegida de:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

#### Información que debe ser divulgada desde:

- Historial de Exámenes Físicos
  - Vacunación
  - Reportes de Laboratorio
  - Reporte de Rayos X
  - Reportes/Notas de Consultación
- \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_:
- Información de recetas
  - Notas y resultados de examen relacionados a: \_\_\_\_\_
  - Otras Razones: \_\_\_\_\_

**Yo entiendo que la información divulgada puede ser información sensitiva. Al firmar este documento Yo autorizo específicamente la divulgación de información relacionado con lo siguiente:**

- Información de tratamiento de Abuso de Drogas (Alcohol y Drogas)
- Información relacionada al VIH o a exámenes relacionados al SIDA
- Al diagnóstico o tratamiento psiquiátrico

La confidencialidad de este expediente es requerida bajo el Capítulo 899 de los estatutos del Estado de Connecticut al igual que bajo del código federal Título 42 de los Estados Unidos. Este material no será transmitido a nadie sin el consentimiento por escrito o autorización prevista en estos estatutos.

Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**Formato Preferido:**  CD  Papel

**Propósito de la Divulgación:**  Tratamiento  Compensación Laboral  Asuntos Legales  Escuela  
 Otra razón (especifique): \_\_\_\_\_

1. Yo entiendo que esta autorización se vencerá dentro de dos años después de haber tenido mi última cita de tratamiento.
2. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando, por escrito, al Oficial de Privacidad y esta autorización dejara de tener efecto en la fecha de notificación o hasta el punto que se tome acción confiando en esta: Oficial de privacidad del adjunto de Medicina de Yale, 300 George Street, 6to Piso, P.O. Box 7309, New Haven, CT 06519-0309
3. Yo entiendo que la información que sea usada o revelada de acuerdo con la autorización esta podrá ser divulgada nuevamente por la persona u organización que la recibe y no podrá ser protegida por los reglamentos de privacidad Federales. Aun de ser así, otra ley federal o estatal puede que prohibida que la información sea revelada por el que recibió la información especialmente protegida, tal como información sobre el tratamiento por abuso de sustancias, o información relacionada al SIDA/VIH y como también información relacionada a la salud mental u psiquiátrica.
4. Ni mi tratamiento ni el pago por mis tratamientos serán afectados si me niego a firmar esta autorización.
5. Yo entiendo que en negar dar la firma a esta Autorización no perjudicara mis derechos a obtener tratamiento psiquiátrico, ahora ni en el futuro, excepto cuando la revelación de información sea necesaria para el tratamiento.
6. Yo entiendo que recibiré una copia de esta autorización después de haberla informado.

### Yo certifico, al firmar este documento, reconozco el haber leído y entendido esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o de su Representante Personal      O      Padre/Guardián Legal/Persona Autorizada      Fecha

Si no es la firma del paciente, indique su relación al paciente o la autorización otorgada: \_\_\_\_\_

Si la solicitud de registro necesita ser enviada a Yale, por favor mandar los registros a: \_\_\_\_\_