

Autorización para el uso o divulgación de información protegida de salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono diurno: _____

_____ Teléfono nocturno: _____

Por medio del presente autorizo a Yale University a (elija uno):

- usar o compartir mi información protegida de salud como se indica a continuación **CON:**
- obtener mi información protegida de salud **DE:**

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ Fax: _____

Autorización para la divulgación de información desde el _____ hasta el _____:

- Todos los registros
- Antecedentes y examen físico
- Vacunas
- Resultados de laboratorio
- Informes de radiología
- Notas/Informe de consulta
- Información sobre medicamentos recetados
- Notas y resultados de pruebas relacionados con: _____
- Otro/comentarios: _____

Entiendo que esta información de salud puede incluir información confidencial. Al firmar este formulario autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con:

- Información sobre tratamientos para el abuso de sustancias
- Información relacionada con el VIH, incluidos exámenes relacionados con el SIDA
- Información sobre salud mental

La confidencialidad de este registro es requisito según el Capítulo 899 de los Estatutos Generales de Connecticut y también según el Título 42 del Código de los Estados Unidos. Este material no será transmitido a nadie sin el consentimiento o la autorización por escrito según lo expresado en estos estatutos.

Firma: _____
Fecha: _____

Formato preferido: CD Papel Transferencia segura de archivos

Propósito de la divulgación: Tratamiento Compensación laboral Cuestiones legales Escuela

Otro: _____

1. Entiendo que esta autorización perderá validez a los dos años de la fecha de mi última visita de servicio. Una fotocopia de este formulario será considerada válida como el original.
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita a la Oficina de Privacidad y que esta autorización no tendrá validez desde la fecha de tal notificación, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de la autorización. Envíe la notificación de revocación a: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. Entiendo que la información usada o revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a nuevas divulgaciones por parte del destinatario y que ya no esté protegida por las reglamentaciones federales de privacidad. No obstante, otras leyes estatales o federales pueden prohibirle al destinatario que revele información especialmente protegida, como los datos sobre tratamientos contra el abuso de sustancias, información relacionada con el VIH/SIDA e información de salud mental/psiquiátrica.
4. Mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario.
5. Comprendo que si me niego a firmar esta autorización, no habrá consecuencias sobre mi derecho a obtener tratamiento actual o futuro por discapacidades psiquiátricas, excepto cuando la divulgación de la información sea necesaria para el tratamiento.
6. Entiendo que recibiré una copia de este formulario tras firmarlo.

Al firmar más abajo, declaro que he leído y comprendo esta autorización.

O BIEN

Firma del paciente _____

Padre/Tutor legal/Persona autorizada _____

Fecha _____

Relación con el paciente

Envíe por correo, fax o escáner los formularios completos a: