



Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud*



Autorización para Divulgación de Información Médica Protegida

Yo/nosotros abajo firmante(s) por este medio autorizo/autorizamos que todos los médicos, proveedores médicos, facilidades médicas, terapeutas, escuelas, servicios de intervención temprana, compañías de seguro médico, y cualquier otro profesional o agencia de cuidado de salud involucrado en el cuidado de mi hijo(a), se comunique con y/o divulgue información, la cual puede incluir información relacionada con lo médico, psiquiátrico, abuso de alcohol, y drogas, HIV/SIDA, Anemia Drepanocítica (Sickle Cell) a cualquiera o todos los siguientes:

Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud:

- Region Norte Central: Connecticut Children’s Medical Center, Center for Care Coordination**
- Region Este: United Community and Family Services, Inc.**
- Region Este: Generations Family Health Center, Inc**
- Region Noroeste: St. Mary’s Hospital, Inc.**
- Region Sur Central: Family Centered Services of CT**
- Region Suroeste: Stamford Hospital**
- Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut en FAVOR**

Otro:

- United Way of Connecticut 2-1-1 Infoline Child Development Infoline**
- _____

Nombre de niño/a: _____ Fecha de nacimiento:

mm	dd	aa

Por favor especifique el período de tiempo en que usted autoriza la divulgación de la información:

Toda información mantenida en cualquier momento por el revelador, o

Información mantenida por el revelador desde:

mm	dd	aa

 al:

mm	dd	aa

Para el propósito de evaluación y/o coordinación de cuidado --

La confidencialidad de este expediente es requerida bajo Capítulo 19a-25 de las Leyes Generales de CT. El material no se transmitirá a nadie sin el consentimiento o autorización por escrito conforme a las antedichas leyes.

Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto al grado que se hubiese tomado acción basado en ello. Esta autorización, a menos que se hubiese revocado anteriormente, **vence un año después de la fecha cuando se firmó**. Yo comprendo que la información divulgada aquí podría estar sujeta a re-divulgación por el receptor y podría dejar de estar protegida por las prácticas de privacidad de las facilidades arriba indicadas o la ley de privacidad aplicable.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si un representante personal del paciente firma, describa la autoridad legal del representante para actuar en nombre del paciente:

Reconozco recibo y/o el ofrecimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad de todos los proveedores de cuidado actuales. (HIPAA)

Firma: _____ Fecha: _____

* Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud es un programa mantenido por el Departamento de Salud Pública del Estado de Connecticut. Hay información disponible en su sitio web al www.ct.gov/dph/medicalhome. Revisado 11.2020