



Child Guidance Center of Southern CT (CGC) has formed an alliance with Community Health Center, Inc. (CHC).  
Your CGC providers will continue to provide your care at the same location(s).  
CHC will provide billing and administrative services. Please let the front desk or your provider know of any questions.

## Autorización para divulgar u obtener Información Médica

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre Anterior: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º de Teléfono (Casa): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ N.º de Teléfono (Móvil): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Autorizo a CHC a **DIVULGAR** mi información **A**: Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ N.º de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ N.º de Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Autorizo a CHC a **OBTENER** mi información **DE**: Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ N.º de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ N.º de Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

En caso de que los registros se me deban entregar **A MÍ**, deseo que sea del siguiente modo:

Correo  N.º de Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Punto de recogida  Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### El departamento de Registros Médicos debe procesar todas las solicitudes de registros médicos.

Los datos que se divulgarán u obtendrán son del siguiente tipo (marque las casillas correspondientes e incluya otros datos donde se le indique hacerlo):

- |                                                     |                                                                                                                                 |                                                                              |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Notas de visita medicas    | <input type="checkbox"/> Resultados de Radiografías,<br>Tomografías Computarizadas,<br>Resonancias Magnéticas, Ultrasonografías | <input type="checkbox"/> Registro medico completo (sin solicitud telefonica) |
| <input type="checkbox"/> Notas de Consultas medicas |                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Registro medico completo (con solicitud telefónica) |
| <input type="checkbox"/> Vacunas                    |                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                        |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio  | <input type="checkbox"/> Registros Odontológicos, incluidas radiografías                                                        |                                                                              |

En caso de que se deban incluir datos relativos al consumo de drogas/alcohol, la salud mental/psiquiátrica o el diagnóstico de VIH/SIDA, debe marcar cada casilla a continuación.

Consumo de drogas/alcohol\*  Salud psiquiátrica/conductual  Datos relativos al VIH/SIDA

\* Sin embargo, si no desea divulgar todos los datos acerca del consumo de drogas/alcohol, indique en esta sección qué información desea **excluir**:

Fecha(s) del Servicio:

Desde la fecha \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  Desde la primera cita hasta el día de hoy  Últimos tres (3) años (a partir de la fecha a continuación)

Firmo esta autorización por el siguiente motivo:

Legal  Traslado de Atención  Coordinación de Atención  Reubicación  Otro: \_\_\_\_\_

Esta autorización **vencerá a los 90 días** contados a partir de la fecha en la que se haya firmado, a menos que yo indique otra fecha o circunstancia de vencimiento a continuación: \_\_\_\_\_

Comprendo que tengo derecho legal a revocar esta autorización en cualquier momento/Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito ante el Departamento de Registros Médicos del Centro de Salud Comunitario (CHC, por sus siglas en inglés). Comprendo que la revocación no registrará para los datos que ya hayan sido divulgados en virtud de esta autorización. Comprendo que la revocación no registrará para mi compañía de seguros en caso de que las leyes le concedan a mi aseguradora el derecho a refutar una reclamación bajo mi póliza de seguro.

Comprendo que una vez que los datos anteriores se hayan divulgado, es posible que quien los haya recibido los divulgue nuevamente y que no estén protegidos por ninguna ley o reglamento federal sobre privacidad.

Comprendo que la autorización para utilizar o divulgar los datos identificados es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario que firme este formulario para garantizar mi tratamiento médico. Puedo ponerme en contacto con el Oficial de Privacidad si tengo preguntas sobre mi información médica.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y que comprendo el presente formulario de autorización, y que CHC tiene **30 días** para satisfacer mi solicitud.

Firma del Paciente o Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Vínculo con el Paciente: \_\_\_\_\_