

**Autorización de Acceso/Divulgación de Información**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Apellido de Soltera/Otro Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Dirección del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Número de Telefono:** \_\_\_\_\_

**Recipiente de la Información**

 Autorizo a Fair Haven Community Health Clinic, Inc. a  **LIBERAR** u  **OBTENER** mi información del registro médico como se especifica a continuación:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_  **Correo**  **Fax**  **Recoger**  **Verbal**  
**Método de Divulgación:**

FHCHC se reserva el derecho de cobrar una tarifa razonable por el costo de producir y enviar copias por correo según la Ley del Estado de Connecticut.

**Propósito de la solicitud:**

- Uso Personal  Coordinación de Atención  Legal  Discapacidad  
 Compensación del Trabajador  Seguro  Transferencia de Cuidado  Otro: \_\_\_\_\_

**Información Médica Solicitada:**

- 
- Toda la información médica mantenida en cualquier momento por Fair Haven Community Health Clinic, Inc.

**O la siguiente información limitada:**

- 
- Registros Médicos
- 
- Facturación
- 
- Registro Dental
- 
- Registro de Inmunización
- 
- Otro: \_\_\_\_\_

Fechas de Servicio desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

 La siguiente información NO se divulgará sin su autorización específica. **Para autorizar la divulgación por favor ponga sus iniciales:**

\_\_\_\_\_ Abuso de Alcohol y Drogas \_\_\_\_\_ Salud Conductual y Trastornos Psiquiátricos \_\_\_\_\_ Información sobre VIH/SIDA

 Si se trata de una autorización para notas de psicoterapia, NO se puede combinar con una autorización para ningún otro tipo de información de salud.

**Autorización para Divulgación:**

Al firmar abajo, reconozco lo siguiente:

- Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha a continuación. Entiendo que después de haber firmado este formulario puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con Fair Haven Community Health Clinic, Inc. (FHCHC) por escrito. La cancelación de esta autorización no se aplicará a la información que ya se haya divulgado según esta autorización.
- Entiendo que la información divulgada en respuesta a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, y ya no estará protegida bajo los términos de esta autorización o por las regulaciones federales de privacidad.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria y mi tratamiento por parte de FHCHC de ninguna manera estará condicionado a la firma o no de esta autorización y que puedo negarme a firmarla.
- El padre o tutor legal debe firmar esta autorización si el paciente es menor de edad (menor de 18 años) a menos que los registros se relacionen con tratamientos para los cuales el menor puede otorgar consentimiento bajo la ley estatal de CT. Si se incluye información sobre el VIH, Salud conductual y el consumo de drogas/alcohol para un paciente de 13 años o más, el menor debe firmar como se describe anteriormente.

Firma del paciente y/o representante autorizado	Nombre Impreso	Fecha
Firma del Testigo	Nombre Impreso	Fecha

Si está firmado por el representante autorizado del paciente, describa la autoridad legal del representante para actuar en nombre de los pacientes y adjunte la documentación legal: \_\_\_\_\_

**Declaración de no discriminación**

 Fair Haven Community Health Clinic, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**Español** (Spanish)

**عربي** (Arabic)

**پښتو** (Pashto)

**English**
**Português** (Portuguese)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 203-974-0111 (T: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 203-974-0111 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

پام وکړئ: د ژبې مرستندويه خدمات، ستاسو لپاره وړيا موجود دي. 203-974-0111 (TTY: 711) ته زموږ ته د ژبې مرستندويه خدماتو لپاره وړيا موجود دي.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Please call 203-974-0111 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 203-974-0111 (TTY: 711).