

AUTORIZACION PARA REVELACION DE INFORMACION

Esta forma debe ser firmada para que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) pueda revelar la información (incluyendo la información sobre su condición de salud o tratamiento o pago para una condición de salud que DSS tiene en sus archivos, también conocido como información de salud protegida/protected health information "PHI"), si el uso o revelación no se relaciona directamente a los programas de DSS o es requerido por ley u orden de la corte.

Sujeto de esta Autorización (*nombre del cliente de DSS*)

Yo autorizo a DSS a revelar la información indicada más abajo a: (*nombre y dirección*)

Para el / los siguiente(s) propósito(s):

(*Si usted no desea declarar un propósito, usted puede escribir "a mi petición".*)

Tipo de Información DSS es Autorizado a Revelar (*cheque aquellos que aplican*):

- médico* archivos de tratamiento de alcohol y/o tratamiento de droga alcohol**
 información relacionada a SIDA*** financiero historial de empleo familia y la situación viviente
 DSS y otros beneficios recibidos actualmente o anteriormente
 archivos mantenidos por el Departamento de Servicios de Rehabilitación (BRS) otro _____

- Yo entiendo que mi negativa a firmar no afectará mi habilidad de obtener servicios o beneficios de DSS.
- Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a DSS, por escrito, excepto si una revelación ya ha sido hecha en la confianza en él.
- Yo entiendo que la información que yo autorizo una persona o entidad a recibir, pueda ser revelada y no más protegida por las reglas de privacidad.

Esta autorización expira en _____ o en _____ (*Si el uso o la
(fecha) (evento)*
revelación de PHI es para los propósitos de investigación, incluyendo la creación y mantenimiento de un banco de datos, usted puede escribir "final de un estudio de investigación" o "ninguno".)

Firma del Individuo o Representante

ID # o S.S. # de Sujeto

Fecha

Nombre en Imprenta de la Persona Que Firmó

Si es un Representante, Autoridad para Actuar

Nota a receptor(a) de información:

* La confidencialidad de archivos psiquiátricos es requerido bajo capítulo 899 de los estatutos generales de Connecticut. Este material no se transmitirá a nadie sin consentimiento escrito u otra autorización como con tal de que en los estatutos mencionados.

** **Archivos de tratamiento de alcohol y/o tratamiento de droga:** Esta información ha sido revelada a usted de archivos protegidos por la regla de confidencialidad Federal (42CFR Parte 2). Las reglas Federales lo prohíben de hacer cualquier revelación adicional de esta información a menos que revelación adicional se permite expresamente por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o como por otra parte, permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para relevar la información médica u otra NO es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o proseguir cualquier paciente de abuso de alcohol o abuso de droga.

*** **Información Relacionada a SIDA:** Esta información ha sido revelada a usted de archivos la cuya confidencialidad es protegida por la ley estatal. La ley del estado lo prohíbe de hacer cualquier relevación adicional de él sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece, o como por otra parte permitido por la ley estatal. Una autorización general para la revelación de información médica u otra NO es suficiente para este propósito.