

Health Center, 47 Town Street, Norwich, CT 06360, Tel: (860) 892-7042;  
Health Services Fax: (860) 822-4933  
Behavioral Health Fax: (860) 823-3002;  
 351 N. Frontage Road, Suite 24, New London, CT 06320, Tel: (860) 442-4319, Fax: (860) 437-2334

212 Upton Road, Suite C, Colchester, CT 06415, Tel: (860) 537-7676, Fax: (860) 537-7679  
 226 East Main Street, Griswold, CT 06351, Tel: (860) 376-7040, Fax: (860) 376-7045  
 120-122 Plainfield Rd., Moosup, CT 06354 Tel: (860) 822-4938, Fax: (860) 230-0780

77 East Town Street, Norwich, CT 06360, Tel: (860) 889-2375, Fax: (860) 859-4420  
 64 Main Street, Centerbrook, CT 06409, Tel: (860) 822-4908, Fax: (860) 581-8403  
 322 Main Street, Suite # B2E-2E, Willimantic, CT 06226 Tel: (860) 822.4907: Fax (860) 942-854

If you would like your records sent, fax this completed form to Medical Records fax 860-822-4933 or email [HCMedicalRecords@UCFS.org](mailto:HCMedicalRecords@UCFS.org)

## Permission to Obtain / Authorization for Release of Protected Health Information

(Permiso para obtener / Autorización para divulgar datos de salud protegidos)

**Client Name:** \_\_\_\_\_  
(Nombre del Cliente)

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)

**Phone Number:** \_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono)

**Social Security Number:** \_\_\_\_\_  
(Número de Seguro Social)

**1. Purpose of this disclosure:** (Propósito de esta divulgación)

- Personal Use** (Uso personal)       **Attorney** (Abogado)       **Transfer of Care** (Transferir atención médica)  
 **Continuation of Care** (Continuación de la atención medica)       **Other (specify):** (Otro (Especificar:)) \_\_\_\_\_

**2. I hereby authorize United Community and Family Services to:** (Autorizo a United Community and Family Services a):

- Release my health information to:** (Divulgar mis datos de salud a):       **Obtain my health information from:** (Obtener mis datos de salud de):       **Limit to verbal & written communication only with:** (Comunicación verbal y escrita limitada sólo con):

**3.** \_\_\_\_\_  
(Name, address, phone number of individual, organization or agency) (Nombre y dirección y número de teléfono del individual, organización o agencia)

**4. INITIAL next to the information to be disclosed** (**INICIALES** junto a la información para divulgada)

*\*Behavioral Health records may include information related to the treatment and diagnosis of substance use disorders*  
(Los registros de salud conductual pueden incluir tratamiento o diagnóstico relacionado con el trastorno de uso de sustancias.)

Medical (Médico)		Dental (Dental)		Behavioral Health* (Salud Mental)		GYN (Ginecólogo)	
<b>Complete Record</b> (Registro Completo)		<b>Complete Record</b> (Registro Completo)		<b>Complete Record</b> (Registro Completo)		<b>Complete Record</b> (Registro Completo)	
Patient Summary (Resumen de Medicamentos)		Patient Summary (Resumen de Medicamentos)		Patient Summary (Resumen de Medicamentos)		Patient Summary (Resumen de Medicamentos)	
Progress Notes (Notas de Progreso)		Procedure Notes (Notas de Procedimiento)		Initial Diagnostic Evaluation (Evaluación Diagnostico Inicial)		Progress Notes (Notas de Progreso)	
Physical Exam (Examen Físico)		X-Rays (Radiografías)		Psychiatric Evaluation (Evaluación Psiquiátrica)		Annual Exam (Examen Annual)	
Lab Results (Resultados de Laboratorio)				Treatment Planning (Plan de Tratamiento)		Lab Results (Resultados de Laboratorio)	
Medical Imaging Reports (Informes de imágenes médicas)				Progress Notes (Notas de Progreso)		Medical Imaging Reports (Informes de imágenes médicas)	
Immunizations (Inmunizaciones)				Discharge Summary (Resumen de Alta)		Pap Smear Results (Resultados de Papanicolaou)	

**Other specific information to be released:** \_\_\_\_\_  
(Otra información específica para divulgar):

**5. Dates of treatment:**  **All Dates** \*or\*  **Date Range From:** \_\_\_\_\_ **To:** \_\_\_\_\_  
(Fecha de tratamiento): (Todas fechas) (o) (Rango de fechas): (a):

Any information you do **NOT** want disclosed? \_\_\_\_\_  
(Alguna información que NO desea divulgar)

6. **INITIAL** next to each item below if you specifically authorize the release of health information relating to the testing, diagnosis or treatment for: (**INICIALES** junto a cada rubro a continuación si desea autorizar específicamente la divulgación de datos de salud con respect al análisis, diagnóstico o tratamiento de)

<b>HIV/AIDS</b> (VIH/SIDA)		<b>Substance Use Disorders</b> (Trastorno de uso de sustancias)		<b>Mental Health/Psychiatric Disorders</b> (Trastornos psiquiátricos o de salud mental)	
-------------------------------	--	--	--	--	--

7. **Unless earlier revoked, this authorization will automatically expire in one year from the date signed below.**  
(A menos que anteriormente revocada, esta autorización vencerá automáticamente en un año desde la fecha de firma)

8. **Information should be delivered via: (select one)** (Información debe ser entregada a través de [seleccione una opción])

**Email** (Correo Electrónico) \_\_\_\_\_

**Mail** (Correo) \_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_  **Pick Up** (name of person picking up record): \_\_\_\_\_  
(Recoger [proveer nombre de la persona que recogerá la información]):

**Check here if you would like records to be provided on a CD for Pick Up or Mail, instead of being printed on paper**  
(Marque aquí si desea la información en un CD, en lugar de ser impreso en papel para recoger o por correo)

**Disclosing Entity (the "Discloser") - By signing below, I understand and acknowledge the following:**

(Al firmar al pie, entiendo y ratifico lo siguiente):

- I authorize the use or disclosure of my protected health information by the Discloser as specified above. I understand that signing this authorization is voluntary and that neither the Discloser nor United Community & Family Services, Inc. ("UCFS") may require me to sign this authorization before UCFS provides me with treatment.** (Autorizo el uso o divulgación de mis datos de salud protegidos por parte de United Community & Family Services, Inc. ("UCFS") tal como se indica en adelante. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria y que UCFS no podrá exigirme que lo haga antes de brindarme tratamiento).
- I understand that I have the right to revoke this authorization at any time by providing a signed, written notice of such revocation to UCFS. I understand that a description of my right to revoke my authorization is set forth in UCFS's Notice of Privacy Practices.** (Entiendo que tengo el derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento mediante el envío de un aviso escrito y firmado de dicha revocación dirigido a UCFS).
- I understand that information is being released pursuant to this authorization at my request and that the information may no longer be protected by law or regulation and may be redisclosed by the recipient.** (Entiendo que la información divulgada en conformidad con esta autorización no podrá seguir amparada por las leyes o reglamentaciones y podrá ser divulgada, a su vez, por el destinatario).
- I have read and understand this Authorization.** (He leído y entendido la presente Autorización)
- I am authorizing UCFS to use or disclose health information to the person(s) and for the purpose(s) identified in this authorization.** (Autorizo a UCFS a utilizar o divulgar la información de salud a la/s persona/s y con el/los fin/fines identificado/s en la presente autorización).
- If I have any questions about disclosure of my protected health information pursuant to this authorization, I may contact the UCFS Privacy Officer at 860-822-4148.** (Si tengo alguna pregunta o inquietud acerca de la divulgación de mi información de salud protegida de conformidad con la presente autorización, me puedo contactar con el funcionario de asuntos de privacidad de UCFS.)

*\*Required*

\_\_\_\_\_  
**\*Signature of Client or Legally Authorized Representative:**  
(Firma del paciente o representante legalmente autorizado)

\_\_\_\_\_  
**\*Print Name:** (Imprimir nombre)

\_\_\_\_\_  
**\*Relationship to Client:** (Relación al cliente)

\_\_\_\_\_  
**\*Date:** (Fecha)

\_\_\_\_\_  
**Witness:** (Testigo)

\_\_\_\_\_  
**Legal authority of representative verified by:**  
(Autoridad judicial del representante verificado por)

**\*\*NOTICES\*\* (NOTICIAS)**

**PSYCHIATRIC RECORDS AND COMMUNICATIONS:**

(COMUNICACION Y EXPEDIENTES SIQUIIATRICOS):

**In the event that information released constitutes privileged psychiatrist/patient communications:**

(En el caso que la información revelada constituya comunicación privilegiada entre el psiquiatra y el paciente):

**The confidentiality of this record is required under Chapter 899 of the Connecticut General Statutes. This material shall not be transmitted to anyone without written authorization as provided in the aforementioned statutes.**

(Se exige la confidencialidad de este expediente bajo el Capítulo 899 de las Leyes Generales de Connecticut. Este material no deberá transmitirse a nadie sin la autorización por escrito de las leyes mencionadas anteriormente.)

**DRUG AND ALCOHOL ABUSE RECORDS:**

(EXPEDIENTES DE ABUSO A DROGAS Y ALCOHOL):

**In the event that information released is protected by the HHS Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Record regulations:**

(En el evento que la información revelada sea protegida por las regulaciones de la Confidencialidad HHS del expediente de abuso a drogas y/o alcohol del paciente):

**This information has been disclosed to you from records protected by federal confidentiality rules (42 CFR, Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR, Part 2. A general authorization of the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.**

(La información ha sido expuesta por expedientes protegidos por las leyes federales de confidencialidad (CFR 42, Sección 2). Estas reglas federales prohíben hacer otra exposición de esta información a menos que la exposición fuese explícitamente permitida mediante un consentimiento por escrito de la persona a quién le pertenece o de lo contrario que fuese autorizada por la Sección 2 del CFR 42. Una autorización general del revelado de información médica o de cualquier otra, NO es suficiente para estos fines. Las reglas federales restringen cualquier uso de información para investigaciones criminales o para procesar a algún paciente adicto al alcohol o a las drogas).

**HIV-RELATED INFORMATION:**

(INFORMACION RELACIONADA CON EL VIH):

**In the event that information released constitutes confidential HIV-related information protected under Connecticut Law:**

(En el caso que la información revelada constituya información relacionada con el VIH confidencial protegida bajo las Leyes de Connecticut):

**This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by State law. State law prohibits you from making any further disclosure of it without specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by said law. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose.**

(La información ha sido expuesta por expedientes cuya confidencialidad está protegida por las leyes del Estado. Estas leyes del Estado prohíben hacer otra exposición de la información sin un consentimiento por escrito de la persona a quién le pertenece, o de lo contrario como dicha ley lo permita. Una autorización general para revelar información médica o de algún otro tipo, NO es suficiente para estos fines.)