



- Health Center, 47 Town Street, Norwich, CT 06360, Tel: (860) 892-7042; Behavioral Health Fax: (860) 823-3002; Health Services Fax: (860) 822-4933
- 400 Bayonet Street, Suite 103, 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
- 21 Chicago Avenue, Groton, CT 06340, Tel: (860) 437-2188, Fax: (860) 449-5791
- 70 Main Street, Jewett City, CT 06351, Tel: (860) 376-7040, Fax: (860) 376-7045
- 77 East Town Street, Norwich, CT 06360, Tel: (860) 889-2375, Fax: (860) 859-4420

Permission to Obtain / Authorization for Release of Protected Health Information
(Autorización para divulgar datos de salud protegidos)

Client Last name, First name (Apellido, Nombre del Cliente)	Date of Birth (Fecha de nacimiento)	Social Security No. (N.º de Seguro Social)	Log# (office use only)
--	--	---	------------------------

Disclosing Entity (the “Discloser”)

I authorize the use or disclosure of my protected health information by the Discloser as specified below. 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. 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. 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.

(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. 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. Entiendo que la descripción de mi derecho a revocar mi autorización se establece en el Aviso de procedimientos de privacidad de UCFS. 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.)

1) a) Please use or disclose the following health information, if such information exists.

(Sírvese utilizar o divulgar los siguientes datos de salud, en caso de existir)

Please INITIAL next to the item. (Sírvese firmar con sus iniciales junto al rubro)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> All information maintained by the Discloser; or
(Toda la informacion suministrada a UCFS, o) <input type="checkbox"/> The following limited health information:
(La siguiente informacion de salud limitada) <input type="checkbox"/> Clinical Work-up (Evaluacion Clinica) <input type="checkbox"/> Psychological Evaluation (Evaluacion Psicologica) <input type="checkbox"/> Medication Clinic Summary (Resumen Clinico de la Medicacion) <input type="checkbox"/> Physical Exam (Examen Fisico) <input type="checkbox"/> Lab Results (Resultados de Laboratorio) <input type="checkbox"/> Dental Radiographs/X-rays
(Radiografias/Rayos X Dentales) <input type="checkbox"/> Treatment Planning (Plan de Tratamiento) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Progress Notes (Notas de Progreso) <input type="checkbox"/> Psychiatric Evaluation (Evaluacion Psiquiatrica) <input type="checkbox"/> Medical Records (Historia Clinica) <input type="checkbox"/> Dental (Dental) <input type="checkbox"/> Letters (Cartas) <input type="checkbox"/> Contents (Contenidos) <input type="checkbox"/> Other – Specify (Otros, especificar): _____ |
|--|--|

****NOTICES** **AVISOS****

PSYCHIATRIC RECORDS AND COMMUNICATIONS: (COMUNICACIÓN Y EXPEDIENTES SIQUIÁTRICOS):

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 caso 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: (INFORMACIÓN 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.)