

- 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
- 70 Main Street, Jewett City, 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

Permission to Obtain / Authorization for Release of Protected Health Information

(Permisión a obtener / Autorización para divulgar datos de salud protegidos)

Client Name (Nombre del Cliente):	Date of Birth (Fecha de nacimiento):	Phone Number (N.º de Teléfono):	Social Security No (N.º de Seguro Social):
--	--	--	--

1. Please specify the time period for the information to be disclosed:

(Favor de indicar el período de tiempo durante el cual desea que se divulguen los datos descritos anteriormente)

All information maintained at any time by the Discloser, or

(Toda la información mantenida en todo momento por UCFS, o)

Information maintained by the Discloser from: ___/___/___ to: ___/___/___

(La información mantenida por UCFS desde: ___/___/___ hasta: ___/___/___)

2. I hereby authorize UCFS and the individual, organization/agency listed below to disclose and/or obtain my individually identifiable health information.

(Autorizo el uso o divulgación de mis datos de salud protegidos por parte de United Community & Family Services (UCFS) y la organización/agencia tal como se indica en adelante).

(Check one or both of the boxes below)

(Marque uno o ambos de los siguientes)

UCFS to release my health information to:

(UCFS a divulgar mis datos de salud a):

UCFS to obtain my health information from:

(UCFS a obtener mis datos de salud de):

(Name and address of individual, organization or agency)

(Nombre y dirección del individual, organización o agencia)

3. Purpose of this disclosure (Propósito de esta divulgación)	Continuation of medical care (Continuación de la atención medica)	Attorney (Abogado)
	Substantiation of payment claims (Sustanciación de las solicitudes de pago)	Personal use (Uso personal)
	Coordination of services (Coordinación de los servicios)	
	Other (specify): (Otros - especificar):	

<p>4. Information to be disclosed (Datos a divulgar)</p> <p><i>IMPORTANT: Must INITIAL next to the item</i> <i>(IMPORTANTE: Sírvase firmar con sus iniciales junto al rubro)</i></p>	<p>All information maintained by the Discloser; or (Toda la información mantenida por UCFS, o):</p>		
	<p>The following limited health information (La siguiente información de salud limitada):</p>		
	<p>Clinical Work-up (Evaluación Clínica)</p>		<p>Progress Notes (Notas de Progreso)</p>
	<p>Psychological Evaluation (Evaluación Psicológica)</p>		<p>Psychiatric Evaluation (Evaluación Psiquiátrica)</p>
	<p>Medication Summary (Resumen Clínico de la Medicación)</p>		<p>Medical Record (Historia Clínica)</p>
	<p>Physical Exam (Examen Físico)</p>		<p>Dental Record (Dental)</p>
	<p>Lab Results (Resultados de Laboratorio)</p>		<p>Behavioral Health Record (Historia Salud Mental)</p>
	<p>Dental Radiographs/X-rays (Radiografías/Rayos X Dentales)</p>		<p>Letters (Cartas)</p>
	<p>Treatment Planning (Plan de Tratamiento)</p>		<p>Contents (Contenidos)</p>
	<p>Other - Specify: (Otros, especificar):</p>		

UCFS cannot use or disclose certain information unless you specifically authorize such use or disclosure.

(UCFS no podrá utilizar ni divulgar ciertos datos, a menos que usted autorice específicamente dicho uso o divulgación).

<p>Must INITIAL next to each item below if you specifically authorize the release of health information relating to the testing, diagnosis or treatment for: (Sírvase FIRMAR CON SUS INICIALES junto a cada rubro a continuación si desea autorizar específicamente la divulgación de datos de salud con respecto al análisis, diagnóstico o tratamiento de:)</p>	<p>HIV/AIDS (VIH/SIDA)</p>		<p>Drug and alcohol abuse (Abuso de drogas y alcohol)</p>
	<p>Mental health/psychiatric disorders (Trastornos psiquiátricos o de salud mental)</p>		

5. Unless earlier revoked, this authorization will expire:

(A menos que se haya revocado en una fecha anterior, la presente autorización expirará):

In the case of a one-time disclosure, sixty (60) days from the date signed below;

(En el caso de una sola divulgación, sesenta (60) días desde la fecha firmada abajo)

One (1) year from the date signed below; or

(Un año desde la fecha firmada abajo)

The following date: ___/___/___

(La siguiente fecha: ___/___/___)

6. Information should be delivered via (select one) (Información debe ser entregada a través de [seleccione una opción]) <input type="checkbox"/> Check here if you would like to receive an electronic copy of your record.* <input type="checkbox"/> Marque aquí si desea recibir una copia electrónica de su historia.*		Mail (provide address): (Correo [proveer dirección]):
		Fax (provide fax number): (Fax [proveer número de fax]):
		Pick-up (provide name of individual picking up information): (Recoger [proveer nombre de la persona que recogerá la información]):

***Electronic copies may only be mailed or picked up**

**(Copias electrónicas solo podrán ser enviados o recogidos)*

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 the 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.)

Signature of Patient or Legally Authorized Representative

(Firma del paciente o representante legalmente autorizado)

Date

(Fecha)

Relationship to Client: _____

(Relacion al cliente)

Witness: _____

(Testigo)

Legal authority of representative verified by: _____

(Autoridad judicial del representante verificado por:

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

PSYCHIATRIC RECORDS AND COMMUNICATIONS (COMUNICACION Y EXPEDIENTES SIQUIATRICOS):

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.)