

**EASTERN REHABILITATION NETWORK**  
181 Patricia M. Genova Drive - Newington, CT 06111  
Tel: 860-667-5440

**AUTORIZACIÓN/DESCARGO DE PROVEEDOR PARA USO/DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD A PARTES TERCERAS**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sujeto a las declaraciones abajo, yo, el(la) paciente que suscribe, por el presente autorizo a Eastern Rehabilitation Network (ERN) para que utilice mi información médica, incluyendo, si se aplica, información protegida de abuso de drogas/alcohol, e información confidencial relacionada con el VIH y psiquiátrica ("Información Protegida de Salud") para los propósitos indicados abajo, y para obtener Información Protegida de Salud de, o divulgar Información Protegida de Salud a, las siguientes personas o entidades:

Nombre/Facilidad \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono (si se sabe): \_\_\_\_\_

La naturaleza y el alcance de la Información Protegida de Salud por utilizarse o divulgarse: *[Marque la información aplicable]*

- Información médica/clínica  
 Documentación de facturas  
 Otro \_\_\_\_\_  
 Restricciones de divulgación – tiene que documentarse el Formulario de Restricción de Divulgación

Esta autorización y cualquier información divulgada bajo la misma deberá utilizarse para el(los) siguiente(s) propósito(s) *[por favor describa el propósito par el cual se autoriza la divulgación, tales como procesos legales, cuidados médicos, seguros, etc.]*

Yo acepto que una copia de esta autorización tendrá la misma validez que la original. Esta autorización será válida por el período de un año a partir de la fecha abajo. Yo comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificar por escrito al Representante de Servicios al Paciente del Proveedor, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas por el Proveedor antes de recibir la revocación.

Yo comprendo que bajo las leyes aplicables la información divulgada bajo esta autorización puede ser sujeta a divulgación adicional por la parte receptora y por lo tanto, podría ya no estar protegida bajo los reglamentos federales de privacidad.

Yo comprendo que mi tratamiento o la continuación de mi tratamiento por el Proveedor de ninguna manera está bajo la condición de que yo firme o no firme esta autorización y que yo puedo negarme a firmarla.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre (o representante autorizado)      Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

**\*\*Nótese**, si usted está firmando como representante legalmente autorizado del paciente, por favor indique su relación con el paciente aquí (esto debe demostrar su autoridad para dar el consentimiento para cuidado de salud para el paciente):

- Padre/Madre     Encargado     Conservador     Albacea Testamentario     Apoderado

**INFORMACIÓN RELATIVA AL VIH**

En caso de que la información revelada constituya información confidencial del VIH protegida bajo las Leyes de Connecticut: Esta información le ha sido revelada a usted desde archivos cuya confidencialidad está protegida bajo las leyes estatales. La ley estatal le prohíbe a usted divulgar la información adicionalmente sin el consentimiento explícito por escrito de la persona a quien pertenece, o de alguna otra manera que la ley permita. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra naturaleza NO es suficiente para este propósito.

**INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA**

En caso de que la información revelada constituya información confidencial psiquiátrica protegida bajo las Leyes de Connecticut: Esta información le ha sido revelada a usted desde archivos cuya confidencialidad está protegida bajo las leyes estatales. La ley estatal le prohíbe a usted divulgar la información adicionalmente sin el consentimiento explícito por escrito de la persona a quien pertenece, o de alguna otra manera que la ley permita.

**ARCHIVOS DE ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS**

En caso de que la información revelada sea protegida por los Reglamentos de Salud y Servicios Humanos sobre la Confidencialidad de Archivos de Pacientes del Abuso de Alcohol y Drogas:

Esta información le ha sido revelada a usted desde archivos protegidos por los reglamentos federales de confidencialidad (Código de Reglamentos Federales 42, parte 2). Los reglamentos federales le prohíben a usted divulgar la información adicionalmente sin el consentimiento explícito por escrito de la persona a quien pertenece, o de alguna otra manera permitida por la parte 2 del CRF 42. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra naturaleza NO es suficiente para este propósito. Los reglamentos federales limitan cualquier uso de la información para una investigación criminal o enjuiciamiento de cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.