

Cornell Scott-Hill Health Center
400 Columbus Ave
Attn: H.I.M DEPT
New Haven, Ct. 06519
P: (203) 503-3140- 203-503-3236
F: (203) 503-3143

Please mail records to the address listed
Please do not fax

1. **Información de Paciente**

Nombre del Paciente _____ CS-HHC # _____
Dirección _____ Fecha de Nacimiento _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ TEL. # _____
Trabajo # _____

2. **Entrega de información** * (CS-HHC reserva el derecho a cobrar un cargo razonable para el costo de producir y enviar por correo copias bajo [CGS §20-7c(b)] que es de 65 centavos por página más sellos postales (Incluye investigación, manejo y costos relacionados)

La comunicación en curso, autorizo intercambio de información recíproca según lo especificado abajo.

Autorizo a Cornell Scott- Hill Health Corporation (HHC) a DESBLOQUEAR OBTENER mi información de registro médico según lo especificado abajo:

Nombre del individuo, de la organización, del recurso o del abastecedor:

Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
TEL. _____ fax _____

3. **Propósito de pedido:** Favor de especificar el propósito(s) por cual la información está siendo pedida por esta autorización:

- * Personal Cuidado continuo Transferencia de cuidado *Legal *Seguro Coordinación de cuidado
 *Incapacidad Compensación laboral Otro _____

4. **Información que se va dar:** Favor OBTENGA o DÉ la siguiente información de salud, si dicha información existe:

- Toda información mantenida en cualquier tiempo por CS-HHC y centros de servicios afiliados
 Fechas de servicio. Desde: _____ Hasta: _____

O; la siguiente información de salud limitada

- Registros de visitas OB/Ginecológicas Informes diagnósticos notas de progreso exámenes de laboratorio
 Evaluación de admisión Resumen de Dar de Alta
 Registro de Inmunización Otro _____

5. **Autorización para dar información reglamentaria**

Información de Salud Protegida (PHI) **no se puede** utilizar o divulgar sin que usted específicamente autorice dicho uso o divulgación bajo 42-CFR Parte 2 de las regulaciones federales de confidencialidad y Capítulo 899 del Código General de CT. **Favor de iniciar al lado de cada artículo abajo si usted específicamente autoriza la divulgación de información de salud en relación a pruebas, diagnósticos o tratamiento para :**

Estatus VIH/SIDA/ información si no Iniciales _____
Abuso de drogas y alcohol si no Iniciales _____
Desórdenes de salud mental/psiquiatría si no Iniciales _____

Entiendo que firmar esta autorización es voluntario y que CS- HHC no puede requerirme firmar esta autorización antes que CS-HHC me provea con tratamiento. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier tiempo proveyendo una nota escrita y firmada sobre dicha revocación a CS-HHC. Entiendo que una descripción de mi derecho a la revocación de mi autorización esta puesta en el Aviso de Practicas de Privacidad de CS-HHC.

Entiendo que la información divulgada seguida de esta autorización no puede ser protegida por la ley o regulación y puede ser re-divulgada por el recipiente sin nuestro conocimiento.

6. **A menos que se revoque antes, esta autorización expira al año de haber sido firmada y fechada**

Firma de Individuo _____ Fecha _____
Firma de Personal Representante * _____ Fecha _____

**Si es firmada por el representante personal del individuo, describa la autoridad legal del representante para que actúe por parte del individuo e incluya y anexe la documentación legal que apoyen la identidad de esta persona:

**Testigo/ Autoridad legal del representante O foto ID personal verificado por: _____