

Connecticut la Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud*



La Autorización para la Liberación de Forma Protegida de Salud Información

Los yo/nosotros que el abajofirmante por la presente autoriza cualquier y todos médicos, proveedores médicos, los centros médicos, los terapeutas, las escuelas, los servicios tempranos de la intervención, las compañías de seguro médico, y cualquier otra asistencia médica el profesional o la agencia implicaron en el cuidado de mi niño para comunicar con y/o con información de liberación, cuál puede incluir relacionar de información a médico, psiquiátrico, alcohol y dopaje, HIV/AIDS, la Enfermedad de la Célula de la Hoz, a cualquier o todo lo siguiente:

La Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud Este
United Community and Family Services, Inc.
47 Town Street
Norwich, CT 06360

La Asociación Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud Norte Central
Connecticut Children's Medical Center
282 Washington Street
Hartford, CT 06106

La Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud Noroeste
St. Mary's Hospital, Inc.
95 Scovill St., Pavilion B, 2nd Floor
Waterbury, CT 06706

La Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud Sur Central
Family Centered Services of CT
235 Nicoli St
New Haven, CT 06511

La Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud Suroeste
Stamford Hospital
30 Shelburne Road
Stamford, CT 06904

La Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud CT Medical Home Initiative at FAVOR
185 Silas Deane Highway
Wethersfield, CT 06109

United Way of Connecticut 2-1-1/ Desarrollo de Niño Infoline
1344 Silas Deane Highway
Rocky Hill, CT 06067

CT Medical Home Initiative at Generations Family Health Center Inc.
42 Reynolds St, Danielson, CT 06239
40 Mansfield Ave Willamantic, Ct 06226

El Nombre del Niño: _____

La Fecha del Nacimiento: _____ / _____ / _____
mes día año

Especifique por favor el período de tiempo para la información que usted autoriza a ser revelado:

Toda información mantuvo en tiempo por el discloser, o

Información mantenida por el discloser de: _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____
mes día año mes día año

Para el propósito de la evaluación y/o cuida coordinación --

La confidencialidad de este registro es requerida bajo el Capítulo 866 del Connecticut los Estatutos Generales. La materia no será transmitida a nadie sin consentimiento o autorización escritos proporcionó como en los estatutos referidos.

Puedo revocar esta autorización en tiempo, menos a la acción de la extensión ha sido aceptado la dependencia sobre eso. Esta autorización, a menos que exprese revocó más temprano, **expira en un año de la fecha firmada**. Comprendo que la información soltada aquí puede ser susceptible a la re-revelación por el recipiente y poder ya no es protegido por prácticas de la intimidad de las facilidades susodicha o ley del derecho a la intimidad aplicable.

La Firma: _____ La Fecha: _____

La Firma: _____ La Fecha: _____

Si firmado por el representante personal de paciente, describe la autoridad legal del representante para actuar a favor del paciente: _____

Reconozco la oferta y/o el recibo de la Nota de Prácticas de Intimidad de todos proveedores actuales del cuidado. (HIPAA)

*El Connecticut la Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud es un programa apoyado por del Departamento de Connecticut de Salud Publica. La información está disponible en su sitio web en www.ct.gov/dph.
8/31/15

Connecticut la Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud*

