

**Yale University School of Medicine**  
**Autorización para el Uso o la Revelación de Información de Salud Protegida (PHI)**  
**Authorization for Use and Disclosure of Protect Health Information**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO                      NOMBRE                      SEG. INICIAL                      NOMBRE DE SOLTERA O OTRO NOMBRE USADO

FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_                      NUMERO DEL EXPEDIENTE MEDICO \_\_\_\_\_  
MES                      DIA                      AÑO

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO DURANTE EL DIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO DURANTE LA TARDE: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a la Universidad de Yale que use o revele la siguiente información de salud protegida como he indicado abajo:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN QUE DEBE SER REVELADA:**

- Fechas de Tratamiento \_\_\_\_\_
- Notas de Progreso o Examen físicos \_\_\_\_\_
- Reporte de Laboratorio \_\_\_\_\_
- Reporte de rayos X \_\_\_\_\_
- Reporte de Consultación \_\_\_\_\_
- Otra razón (especifique): \_\_\_\_\_

**REVELACIÓN ES PARA EL PROPÓSITO DE:**

- Cambio de medico                       Obtener segunda opinión
- Cuidado continuo                       Asuntos Legales
- Repaso Personal                       Compañía de Seguro
- Compensación Laboral                       Escuela
- Otra razón (especifique): \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la información revelada puede incluir información relacionada al VIH, información relacionada al diagnóstico o tratamiento psiquiátrico y/o para el abuso de drogas y que al dar mi firma aquí estoy dando mi autorización específica para que se revele la información relacionada a:

- Abuso de sustancias (incluyendo alcohol y drogas)
- Salud Mental
- Notas de psicoterapias
- Información relacionada al VIH (incluyendo pruebas de SIDA)

La confidencialidad de este expediente es requerida bajo el Capítulo 899 de los estatutos del Estado de Connecticut al igual que bajo del código federal Título 42 de los Estados Unidos.

X \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL                      FECHA

1. Yo entiendo que esta autorización se vencerá dentro de dos años después de haber tenido mi última cita de tratamiento.
2. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización a cualquier momento notificando, por escrito, a [Oficial de Privacidad] y esta autorización dejara de tener efecto en la fecha de notificación o hasta el punto que se tome acción confiando en esta.
3. Yo entiendo que la información que sea usada o revelada de acuerdo con la autorización esta podrá ser revelada nuevamente por la persona u organización que la recibe y no podrá ser protegida por los reglamentos de privacidad Federales. Aun de ser así, otra ley federal o estatal puede que prohíba que la información sea revelada por el que recibió la información especialmente protegida, tal como información sobre el tratamiento por abuso de sustancias, o información relacionada al SIDA/VIH y como también información relacionada a la salud mental u psiquiátrica.
4. Ni mi tratamiento ni el pago por mis tratamientos serán afectados si me niego a firmar esta autorización.
5. Yo entiendo que en negar dar la firmar a esta Autorización no perjudicare mis derechos a obtener tratamiento psiquiátrico, ahora ni en el futuro, excepto cuando la revelación de información sea necesaria para el tratamiento.
6. Yo entiendo que recibiré una copia de esta autorización después de haberla firmado.

**Yo certifico que, al firmar, doy reconocimiento él haber leído y entendido esta autorización.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente  
 O de su Representante Personal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**SI NO ES LA FIRMA DEL PACIENTE, INDIQUE SU RELACIÓN AL PACIENTE O LA AUTORIZACIÓN OTORGADA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 El Expediente fue recibido por

\_\_\_\_\_  
 Fecha

FOR OFFICE USE ONLY (para el uso de la oficina solamente)

DATE REQUEST FILLED: \_\_\_\_\_ BY: \_\_\_\_\_

YNHH MRN: \_\_\_\_\_ IDX Account #: \_\_\_\_\_

IDENTIFICATION PRESENTED: \_\_\_\_\_ FEE COLLECTED: \$ \_\_\_\_\_

Form YSM HIP11-Sp Version: 03/09/07