

## Ryan White Parte A

### AUTORIZACION PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN

Esto es para certificar que por este medio doy mi consentimiento para, y autorizar:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la Agencia)

\_\_\_\_\_  
(Administrador de casos/Consejero)

**Para entregar una copia sobre la siguiente en su poder, incluyendo la divulgación verbal, que consiste en, pero no limitada a lo siguiente:**

*(INSTRUCCIONES: Cliente necesita inicial al lado de lo que aprueba o escribir "NO" a lo desaprobado. Todos los espacios en blanco deben ser llenados o marcados "N/A, no aplica)*

- \_\_\_\_\_ Registros médicos, incluyendo la información relacionada con el VIH
- \_\_\_\_\_ Psiquiatría, psicológica, psicoterapia u otros registros de asesoramiento
- \_\_\_\_\_ Información relacionada con el tratamiento de alcohol y/o drogas
- \_\_\_\_\_ Asistencia Pública
- \_\_\_\_\_ Financiero
- \_\_\_\_\_ Empleo
- \_\_\_\_\_ Otro

DE: \_\_\_\_\_  
(nombre del cliente)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

PARA : \_\_\_\_\_  
(nombre de la agencia/contacto de emergencia)

\_\_\_\_\_ (nombre de proveedor)

\_\_\_\_\_  
(Dirección de la agencia)

Además, se me ha dado la oportunidad de revisar una lista adjunta de los miembros de agencias de la red de proveedores y también autorizar y proveer mi información, incluyendo divulgación verbal entre las agencias antes citadas para acceder a servicios dentro de la red de proveedores como sigue:

*Cliente necesita inicial al lado de lo que aprueba o escribir "NO" a lo desaprobado.*

- \_\_\_\_\_ Esta agencia solamente
- \_\_\_\_\_ Toda la red de proveedores de servicios (no válidos y sin lista adjunta de proveedores de servicios)
- \_\_\_\_\_ Otras agencias anotadas: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Rechazar los servicios de intervención temprana

Todos los registros son confidenciales a conformidad con los estatutos generales de Connecticut 19a-583. Entiendo que los expedientes puedan estar expuestos en libertad y puede contener información confidencial relacionada con el VIH / SIDA. Entiendo que puedo revocar esta autorización para la liberación en cualquier momento mediante notificación a la persona anteriormente autorizado por escrito, salvo en la medida en que la información que ya ha sido compartida. Si no revocado por mí, entiendo este comunicado es válido durante **dieciocho meses** desde la fecha de su firma. *Al firmar esta forma, yo reconozco que si no puedo mantener la cita de servicio médico y de otra, puedo ser contactado por un representante autorizado del programa de servicio de intervención con el fin de volver a participar en mi cuidado médico.* Este comunicado se considerará inválido y sin una copia fechada adjunta de proveedores de la red.

\_\_\_\_\_  
(Firma del cliente o representante legal)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la firma)

**PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN:** Esta información se da a conocer a usted de los registros de las personas cuya confidencialidad está protegida por la ley federal y estatal. Leyes y reglamentos del Estado que prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información sin el consentimiento expreso y por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por dicha ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro no es suficiente para este propósito. Por favor honrar una copia mecánica reproducido de este comunicado.

Revisado 5/19 de Hartford TGA RW Parte A

## Ryan White Parte A & B Red de Proveedores

	Iniciales del Cliente	Numero de identificacion: _____	Iniciales del Cliente
AIDS Connecticut 110 Bartholomew Ave Hartford, CT 06106		Hartford Hospital/ Brownstone Clinic 80 Seymour Street Hartford, CT 06102	
Hartford Gay & Lesbian Health Collective P.O. Box 2094 Hartford, CT 06145		Health Collective East 64 Church Street Manchester CT 06040	
St Francis Hospital/Burgdorf Clinic 131 Coventry Street, Hartford, CT 06112		Human Resources Agency of New Britain, Inc. 83 Whiting Street, New Britain, CT 06051	
CT AIDS Drug Assistance Program (CADAP) 410 Capitol Ave, <b>Mail stop</b> MS11APV, Hartford, CT 06106		Hispanic Health Council 175 Main Street Hartford, CT 06106	
Community Health Services, Inc. (CHS) 500 Albany Avenue Hartford, CT 06112		Latino Community Services 184 Wethersfield Avenue Hartford, CT 06114	
Community Health Center, Inc. (CHC) 33 Ferry Street Middletown CT 06457		Mercy Housing & Shelter 211 Wethersfield Avenue Hartford, CT 06114	
Community Renewal Team (CRT) 555 Windsor Avenue Hartford, CT 06120		Prospect Rockville Hospital 31 Union Street Rockville CT 06066	
University of CT Medical Health Center 263 Farmington Ave. Hartford, Ct 06106		THOCC-New Britain Campus 100 Grand Street New Britain, CT 06050	
CT Children's Specialty Group 282 Washington Street Hartford CT 06106		Charter Oak Health Center 21 Grand St Hartford, CT 06106	

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_