

GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC.

CONSENT FOR DISCLOSING/RECEIVING HEALTH INFORMATION

PATIENT NAME:			PROVIDER NAME:		
PARENT/GUARDIAN NAME:			PATIENT#		DOB:
CHOOSE ONE OF THE FOLLOWING: Are you giving us permission to RECEIVE or GIVE your protected health information?					
I HEREBY AUTHORIZE GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC. TO OBTAIN INFORMATION FROM:			I HEREBY AUTHORIZE GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC. TO RELEASE INFORMATION TO: (PERSON OR AGENCY, ADDRESS,CITY,ZIP)		
NAME:			NAME:		
ADDRESS			ADDRESS		
CITY/ZIP			CITY/ZIP		
PHONE/FAX:			PHONE/FAX:		
Check category	INFORMATION TO BE DISCLOSED	Initials	Check category	INFORMATION TO BE DISCLOSED	Initials
	Complete health record (see note below)			Ongoing Communication (phone/fax etc.)	
	Only notes from specific dates (see dates below)			Hospital records information	
	Psychiatric information			HIV/AIDS related information	
	Alcohol and drug information			X-ray Films	
	Lab and/or Diagnostic results			Billing	
	Records from non-GFHC provider			Dental records	
	Other:				

Dates of treatment _____

For the following purposes: _____

I authorize Generations Family Health Center, Inc. to release/obtain all pertinent information regarding my treatment which may include information relating to medical, psychiatric, alcohol, and drug abuse, HIV/ AIDS, Sickle cell, to such facilities as is necessary for my treatment and care. I authorize Generations Family Health Center, Inc. to release/obtain all pertinent information regarding my treatment, including information relating to treatment for healthcare, psychiatric, alcohol and drug abuse, HIV/ AIDS, Sickle cell to any third party pay or for the purpose of security payments for services to the physician or organization furnishing the service. This facility, its employees, officers and attending physician are released from legal responsibility or liability for the release of the above information to the extent indicated and authorized therein.

I understand that my alcohol and/or drug treatment records are protected under State and Federal Confidentiality Regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (see 42 USC290DD-2 for Federal laws and 42 C.F.R. Part 2 for Federal regulations, and Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 and cannot be disclosed without my consent unless otherwise provided for in the regulations. I also understand that I may revoke this consent in writing at any time, except to the extent that action has been taken in reliance upon it.

I understand that I may revoke this authorization at any time, except where information has already been released pursuant to my authorization, provided that any such revocation is done in writing. I understand that the information released here may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by the Health Center's privacy practices or applicable privacy law. I understand that Generations Family Health Center, Inc. may not condition my treatment on my provision of this authorization. ***This authorization will automatically expire in three hundred sixty-five (365) days from the date below.*** (P.A.89 246 and 52-146)

Signature of Patient (over age 18) _____ Date _____ Signature of Witness _____ Date _____

Signature of Parent, Guardian, or Legal Representative (if under 18) _____ Relationship _____ Date _____

Mail/Fax to Generations Family Health Center, Inc. Location checked below:

- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| ☐ WILLIMANTIC, CT 06226
40 Mansfield Ave.
Fax: (860)450-7396
Phone: (860)450-7471 | ☐ DANIELSON, CT 06239
42 Reynolds St.
Fax: (860)779-2191
Phone: (860)774-7501 | ☐ NORWICH, CT 06360
330 Washington St, Suite 510
Fax: (860)889-1982
Phone: (860)885-1308 | ☐ PUTNAM, CT 06260
202 Pomfret St.
Fax: (860)963-0015
Phone: (860)963-7917 | ☒ PUTNAM, CT 06260 - SBHC
35 Wicker St.
Fax: (860)963-0015
Phone: (860)928-4698 |
|--|--|---|---|---|

Generations Family Health Center complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Generations does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Spanish ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-808.9008.

Haitian ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-808-9008.

GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC.

CONSENT FOR DISCLOSING/RECEIVING HEALTH INFORMATION

Use letra de Molde

Nombre del Paciente:			Nombre del Proveedor:		
Nombre del Padre/Guardián del Paciente:			Num. de Paciente:		Fecha de Nacimiento
<i>Escoja uno de los siguientes: Usted nos autoriza a Recibir o Divulgar sus Archivos Médicos protegidos por GFHC?</i>					
Yo, voluntariamente autorizo a Generations Family Health Center, Inc. a <u>Obtener Información</u> de:			Yo, voluntariamente autorizo a Generations Family Health Center, Inc. a: <u>Divulgar información</u> para: (Nombre de la persona, agencia, dirección, Ciudad, Código de área)		
Nombre:			Nombre:		
Dirección:			Dirección:		
Ciudad/Código de área			Ciudad/Código de área		
Num. de teléfono/FAX:			Num. de teléfono/FAX:		
Marque con una X	Información que sera Divulgada	Iniciales	Marque con una X	Información que sera Divulgada	Iniciales
☐	Copia completa del Archivo de salud (vea las notas abajo)		☐	Comunicación Continua (teléfono/fax/etc.)	
☐	Solamente notas a partir de fechas específicas (vea las fechas abajo)		☐	Información del Archivo del Hospital	
☐	Información Psiquiátrica		☐	Información relacionado con HIV / SIDA	
☐	Información de abuso de Drogas o Alcohol		☐	Copia de Rayos X	
☐	Resultados de Laboratorio/ o Diagnostico		☐	Información de factura	
☐	Archivos médicos obtenidos por GFHC que provienen de otro proveedor.		☐	Archivos Dentales	
☐	Otro:		☐		

Fechas de Tratamiento: _____

Para los siguientes propósitos: _____

Autorizo Generations Family Health center, Inc. Para la salida / obtener toda la información pertinente con respecto a mi tratamiento, que puede incluir información relativa a los servicios médicos, psiquiátricos, alcohol y abuso de drogas, el VIH / SIDA, de células falciformes, a las facilidades que es necesario para mi tratamiento y atención. Autorizo Generations Family Health Center, Inc. Para la salida / obtener toda la información pertinente con respecto a mi tratamiento incluyendo la información relacionada con el tratamiento de cuidado de la salud, psiquiátrica, abuso de alcohol y drogas, el VIH / SIDA, de células falciformes con ninguna tercera parte de pago o con el propósito de los pagos o los servicios de seguridad al médico u organización de equipamiento del servicio. Esta instalación, sus empleados, funcionarios y médico tratante se liberan de responsabilidad legal o responsabilidad por la liberación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el mismo.

Entiendo que mis alcohol y / o tratamiento de drogas registros están protegidos bajo las regulaciones de confidencialidad federales y estatales que rigen la confidencialidad de alcohol y drogas de registros de pacientes (ver 42USC290DD-2 por las leyes federales y de la Parte 2 42 CFR para las regulaciones federales, y la portabilidad del seguro médico y la Ley de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se han tomado medidas de seguridad sobre ella.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido puesta en libertad en virtud de mi autorización, a condición de que dicha privacidad del centro de salud o la ley de privacidad aplicable. Entiendo que Generations Family Health Center, Inc. No puede condicionar mi tratamiento en mi disposición de la presente autorización.

Esta autorización expirara automáticamente en trescientos sesenta y cinco (365) días a partir de la fecha a continuación. (P.A 89 246 y 52 a 146)

Firma del Paciente (Sobre la edad de 18 años)	Fecha	Firma del Testigo	Fecha

Firma del Padre/Guardián/Representante legal	Parentesco	Fecha

☐ WILLIMANTIC, CT 06226 40 Mansfield Ave. Fax: (860)450-7396 Phone: (860)450-7471	☐ DANIELSON, CT 06239 54 Reynolds St. Fax: (860)779-2191 Phone: (860)774-7501	☐ NORWICH, CT 06360 330 Washington St, Ste. 510 Fax: (860)889-1982 Phone: (860)963-7901	☐ PUTNAM, CT 06260 202 Pomfret St. Fax: (860)963-0015 Phone: (860)9637901	☒ PUTNAM, CT 06260 – SBHC 35 Wicker St. Fax: (860)963-0015 Phone: (860)928-4698
---	---	---	---	--