

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN**

JD-CL-46S Rev. 7-12  
 C.G.S. §§ 10-154a, 17a-693, 17a-694,  
 31-128f, 52-146b to 52-146g

(Véanse las instrucciones y "Aviso al  
 Destinatario de la Información" al  
 dorso/página 2)

**ESTADO DE CONNECTICUT**  
**TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA**  
 www.jud.ct.gov



1.	De (Nombre completo de la persona que autoriza la divulgación de información o que la solicita)	Información requerida el (Fecha)
	Dirección	
2.	<b>Autorizo a la Rama Judicial</b>	Nombre
	<input type="checkbox"/> <b>A OBTENER</b> la información en la sección 4 de: (indicar en las casillas el nombre y la dirección) →	Dirección
	<input type="checkbox"/> <b>A DAR</b> la información en la sección 4 a: (indicar en las casillas el nombre y la dirección) →	

**3. Información relativa a:**

Nombre (nombre completo de la persona objeto de la información)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> (Marque esta casilla si la autorización es para obtener información relativa a un menor)
---	---------------------	---

**4. Tipo de Información:**

Instrucciones: Se le advierte a la persona que llene la presente autorización que no podrá presentar en un solo formulario información relativa a notas de psicoterapia a la vez que presenta otro tipo de información médica. Si va a presentar en el mismo notas relativas a la psicoterapia, tendrá que presentar otro formulario por separado para incluir cualquier otro tipo de información médica. Deberán constar las iniciales del solicitante en cualquier formulario de autorización en el que se dé a conocer información médica de carácter confidencial (como el VIH/SIDA o abuso de sustancias). (Marque con "x" todo lo que corresponda):

- Historial Clínico completo
- Sólo la información relacionada con (diagnóstico específico, lesiones, operaciones, etc.)
- Sólo el periodo de acontecimientos desde [ ] hasta [ ]
- Registro de facturación
- SOLO\*** las notas de psicoterapia (al marcar esta casilla estoy renunciando al secreto profesional entre psicoterapeuta-paciente)
- Transcripciones académicas
- Otra: [ ]

<input type="checkbox"/>	Doy mi consentimiento para que se dé a conocer específicamente información confidencial de mi expediente médico (Escriba sus iniciales donde corresponda)
<input type="checkbox"/>	Abuso de sustancias (alcohol/drogas)
<input type="checkbox"/>	Información confidencial relacionada con el VIH/SIDA
<input type="checkbox"/>	Salud Mental (excepto las notas de psicoterapia)
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/>	Exámen genético

\* LAS NOTAS DE PSICOTERAPIA significan notas grabadas (en cualquier forma o medio) por un especialista en salud mental que documenta o analiza el contenido de las conversaciones durante una sesión de terapia privada o de grupo, conjunta o de familia y que están separadas del resto del historial médico de un individuo.

**5. Propósito de la autorización si ésta permite a la Rama Judicial obtener información:**

La solicitud se realiza a instancias del individuo para fines relacionados con el caso indicado en esta sección y que podría incluir, de manera no limitativa, una orden del tribunal relativa a la investigación o evaluación, supervisión y mediación, o negociación en el caso:

Tribunal	En (Ciudad)	Número de expediente
<input type="checkbox"/> Distrito Judicial <input type="checkbox"/> Núm. de zona Geográfica <input type="checkbox"/> Asuntos de Menores		

Si se incluye supervisión, indique el tipo y la duración

**6. Si la presente autoriza a la Rama Judicial a obtener información, favor de enviar dicha información a:**

División de la Rama Judicial	Nombre del solicitante	Número de teléfono
Dirección postal de la oficina o tribunal		

**7. Propósito de la autorización si ésta le permite a la Rama Judicial a dar a conocer información: (Especificar)**

**8. Declaración de autorización (véase la explicación en la página 2)**

Pido y autorizo a la persona o entidad mencionada arriba a entregar al destinatario, nombrado anteriormente, copias de la información solicitada en las secciones 3 y 4 de este formulario. Autorizo, además, al destinatario a divulgar la información, incluida cualquier información de carácter confidencial señalada en la sección 4, ya sea ésta obtenida mediante la presente autorización u otra autorización solicitada por la persona o entidad mencionada en la sección 2, haciéndola disponible para su revisión, al juez, a las partes implicadas, a los abogados que constan en el caso, y a cualquier tutor legal designado (Guardian Ad Litem). Los destinatarios se abstendrán de divulgar esta información a terceros, con la salvedad de que aquella información médica, de carácter no confidencial, podría divulgarse para fines legítimos relativos al enjuiciamiento del caso. He leído o me han leído este formulario y he entendido el propósito de la presente autorización para divulgar información. Entiendo que la firma es voluntaria. El tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o la idoneidad para los beneficios no estarán sujetos a que acceda a la presente autorización. He entendido que pue-

do revisar o solicitar copias de la información que ha de ser utilizada o divulgada (excluyendo las notas de psicoterapia). He entendido que conforme al derecho aplicable, la información revelada mediante la presente autorización, podría estar sujeta a una divulgación más amplia por parte del destinatario y por lo tanto estaría exenta de protección bajo las normativas federales de privacidad. He entendido que puedo revocar esta autorización, en cualquier momento, mediante el envío de la notificación por escrito a la persona o institución indicada anteriormente, con la salvedad de que ya se haya tomado acción con respecto a la misma; o salvo en caso de divulgación a aquellas personas dentro del sistema judicial responsables de mi participación en un programa o servicio ofrecido por la persona o institución mencionados arriba como condición de (1) la resolución legal de cualquier procedimiento penal en mi contra, (2) mi liberación o (3) mi libertad condicional. La presente autorización, expira automáticamente como se indica a continuación a menos que sea revocada de manera expresa.

Indique la fecha, acontecimiento o condición en que termina su permiso, que no podrá ser posterior a la resolución final de su caso

Firma de la persona que da la autorización (si es menor, la firma de los padres o el tutor, salvo que se aplique el artículo 19a-592 del Código General de Connecticut)	Fecha	Firma del testigo

Si firma un representante legal, verificar su relación con la persona objeto del expediente y presentar comprobante por escrito

(Los padres no necesitan comprobante):

- Padres
- Tutor
- Curador(a)
- Albacea
- Poder Notarial

## Instrucciones para el personal de la Rama Judicial que solicite permiso para obtener información

1. Llene las siguientes secciones 1, 3, 4, 5 y 6.
2. En la sección 2, marque la casilla "OBTENER" información e indique el nombre y dirección del hospital, escuela, médicos, clínica, laboratorio, farmacia, asegurador u otro proveedor de servicios médicos que tenga la información.
3. Pídale a la persona de quien se solicita información que complete la sección 8 y que firme el formulario delante de un testigo.
4. Entregue una copia del formulario a la persona que da la autorización.

## Instrucciones para la persona que solicite información a la Rama Judicial

1. Llene la Sección 1.
2. En la sección 2, marque la casilla "DAR" información y escriba su nombre y la dirección donde la información debe ser enviada.
3. Llene las secciones 3, 4 y 7.
4. Pídale a la persona de quien se solicita información que complete la sección 8 y que firme el formulario delante de un testigo.
5. Quédese con una copia como comprobante.

## Aviso al destinatario de la información

Las leyes federales y estatales prohíben la divulgación a terceros, sin autorización por escrito, de información relativa al abuso de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2), historial académico de un menor obtenido conforme al apartado 99 del 34 CFR (Derechos educativos de la familia y Ley de privacidad (FERPA, por sus siglas en inglés)), información relativa al VIH (Capítulo 368x del Código General de Connecticut), o información psiquiátrica o de salud mental (Capítulo 899 del Código General de Connecticut). Si la información divulgada está relacionada con el VIH o el abuso de alcohol o drogas, se comunica lo siguiente:

La información revelada proviene de registros protegidos por normativas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) o por leyes del estado. Las normativas federales o las leyes del estado le prohíben divulgar esta información a terceros a menos que sea mediante el consentimiento expreso por escrito de la persona a la que le concierne o de cualquier otra manera permitida por ley. Una autorización general para divulgar información médica o de otra índole no será suficiente para este propósito. Las normativas federales imponen límite a cualquier uso de la información para fines investigativos o para procesar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

## Explicación de la Declaración de Autorización

En la sección 8 de este formulario, al firmar el formulario:

- Usted está autorizando la divulgación de información que si fuera a utilizarse en una causa judicial, dicha información, incluida & a~ a\A [ | { a b } A ^ / S e i & c ' / A [ ] - a ^ } S a p ^ ^ ^ & a } a a a } A a ^ ^ & a } A E [ | a i c a • c a a ] [ ] a ^ A a a A ^ : E a A e c • A ^ | A & a [ E ] • A a [ \* a a ] • A ^ / S e i [ E A & a ~ a ' A ~ d ' / S \* a a e a } a a [ A Guardian Ad Litem). Dichas personas no podrán divulgar esta información a ninguna otra persona, salvo si se tratara de información médica, de carácter no confidencial, que sea para fines legítimos relativos al enjuiciamiento.
- Usted firma que ha leído o le han leído este formulario y lo ha entendido. Usted entiende que firmar el formulario es decisión propia.
- Usted entiende que, a excepción de las notas de psicoterapia, usted podría ver o pedir que se le entreguen copias de esta información.
- Usted entiende que la información facilitada por medio de esta autorización, podría estar exenta de las normativas federales de privacidad.
- Usted entiende que puede retirar su autorización en cualquier momento dirigiéndose por escrito a las personas o lugares en la sección 2 de este formulario, pero también entiende que no puede retirar su autorización si ya se hubieran tomado medidas al respecto; o, si la información se divulgó a personas dentro del sistema judicial responsables de su participación en un programa o servicio ofrecido por la persona o lugar mencionado en dicha sección 2 como condición de (1) la resolución de su caso (2) su liberación o (3) su libertad condicional.
- A menos que retire su autorización con anterioridad, ésta vencerá en la fecha que usted indique en el formulario en la casilla situada debajo de la Autorización.

Si no firma el formulario, no se le podrá privar de sus prestaciones de salud ni negársele asistencia médica.

### AVISO DE ADA

La Rama Judicial del Estado de Connecticut cumple con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Si necesita un ajuste razonable acorde con la ley ADA, comuníquese con un empleado de la Secretaría o algún delegado de la ADA cuyos nombres aparecen en la página Web: [www.jud.ct.gov/ADA](http://www.jud.ct.gov/ADA).