

WFH-184
Rev. 5/1/18

STATE OF CONNECTICUT
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION SERVICES
WHITING FORENSIC HOSPITAL
P.O. Box 70 – O’Brien Drive – Middletown, Connecticut 06457
Telephone: 860-262-5473 Fax: 860-262-5477



AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
THIS IS A LEGAL DOCUMENT AND WILL NOT BE HONORED UNLESS IT IS COMPLETED IN FULL

Patient/Client (Last Name, First Name) Date of Birth MPI # Last 4 digits of SS#

I, the undersigned, authorize the above named facility to: **DISCLOSE information to** **OBTAIN information from**

Name of Person _____ Name of Organization _____

Address: _____

City _____ State _____ Zip Code _____

I understand that this authorization is voluntary and that information to be released/obtained may include Medical, Psychiatric, Substance Abuse and/or HIV/AIDS treatment information unless otherwise specified:

Limitations/Restrictions _____

- Purpose of Release:** Evaluation/Treatment Benefit Determination
 (Check Appropriate Boxes) Placement/Referral Case Management Coordination
 Other (specify): _____

Information to be released/obtained: (Check Appropriate Boxes)

- Psychiatric Evaluation Medical History and Physical Exam Diagnostic Reports (specify): _____
 Psychosocial History/Assessment Discharge/Transfer Summary _____
 Psychological Evaluation Medication Records
 Treatment Plans Other (specify): _____

Dates of Treatment Covered by this Request:

All prior episodes of care, through discharge from present episode of care

Limited to the following Dates(s):

This authorization, if not cancelled, will expire:

Date (not to exceed 12 months), event or condition upon which this authorization expires. If blank, authorization will expire 12 months from date of signature below.

I understand that refusal to sign this authorization form will in no way affect my right to obtain present and future treatment, except where disclosure of such communications and records is necessary for treatment. I also understand that I may revoke this authorization at any time by signing the “**CANCELLATION/REVOCAION**” section below, except to the extent that action has been taken in reliance on it. I further understand that the confidentiality of psychiatric, substance abuse and HIV/AIDS records are protected under State and Federal Laws and cannot be disclosed without my written authorization unless otherwise provided for by law. The information disclosed by this facility pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by Federal law. I understand that this authorization is voluntary and that information to be released/obtained may include Medical, Psychiatric, Substance Abuse and/or HIV/AIDS treatment information unless otherwise specified above.

Signature of Patient/Client/Authorized (Legal) Representative* Date

A copy of this authorization will be provided to the Patient/Client/Authorized Representative as requested.

CANCELLATION/REVOCAION: _____
Signature of Patient/Client/Authorized (Legal) Representative* Date

*If this form has been signed by the patient’s/client’s Authorized (Legal) Representative, a copy of the legal appointment must be attached. Conservator/Guardian Executor of Estate Other (specify): _____

Office Use Only: File only Send attention to: _____

NOTE: Confidentiality of psychiatric, drug and/or alcohol abuse and HIV records is required and no information from these specific records shall be transmitted to anyone else without written consent or authorization as provided under Connecticut General Statutes, Chapters 899c and 368x and Federal Regulations 42 CFR 2. These laws prohibit you from making any further disclosure without specific written consent of the person to whom it pertains. A general authorization for the release of information is NOT sufficient for this purpose.

WFH-184
Rev. 5/1/18

STATE OF CONNECTICUT
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION SERVICES
WHITING FORENSIC HOSPITAL
P.O. Box 70 – O’Brien Drive – Middletown, Connecticut 06457
Telephone: 860-262-5473 Fax: 860-262-5477



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD
ES UN DOCUMENTO LEGAL Y NO SERÁ ACEPTADO SIN ESTAR LLENADO COMPLETAMENTE**

Paciente/Cliente (apellido, nombre) _____ Fecha de nacimiento _____ MPI # _____ Últimos 4 dígitos de Seguro Social _____

Yo, el otorgante suscrito, autorizo la agencia arriba citada: **DIVULGAR** información a **OBTENER** información de

Nombre de persona _____ Nombre de agencia _____

Calle/Buzón: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Yo entiendo que la autorización es voluntaria y la información divulgada/obtenida puede incluir datos relacionados con el tratamiento de problemas médicos, psiquiátricos, abuso de drogas, y/o VIH/SIDA a menos que por demás se especifique:

Limitaciones/Restricciones _____

Propósito de la autorización: Evaluación/Tratamiento Determinación de beneficios
(Marque la casilla que aplique) Colocación/Referencia Coordinación de manejo de caso
 Otro (especifique): _____

Información para divulgar o obtener: (Marque la casilla que aplique)

Evaluación psiquiátrica Historia médica y examen físico Resultados de evaluaciones (especifique): _____
 Historia/evaluación psicosocial Resumen de alta/traslado _____
 Evaluación psicológica Historia de medicamentos _____
 Planes de tratamiento Otro (especifique): _____

Fechas de tratamiento cubiertas por esta solicitud:
 Todos los episodios anteriores hasta el día de alta del episodio actual
 Se limita a la(s) siguiente(s) fecha(s): _____

Esta autorización, si no se cancela, caducará:

Fecha (que no exceda 12 meses), evento o condición en que se basa la caducidad de esta autorización. Si se deja en blanco, la autorización caducará 12 meses de la fecha de la firma más abajo.

Yo entiendo que rehusar firmar esta autorización no afectará en absoluto mi derecho de obtener tratamiento en el presente y en el futuro, excepto donde la divulgación de tales comunicaciones y archivos sea necesaria para el tratamiento. Entiendo además que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al firmar la sección "CANCELACIÓN/REVOCACIÓN" más abajo, excepto a tal punto que se haya tomado acción a base de la misma. Entiendo además que la confidencialidad de los archivos psiquiátricos, de abuso de drogas y/o alcohol y de VIH/SIDA está protegida bajo las Leyes Estatales y Federales y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito a menos que la ley disponga de otra manera. La información divulgada por esta agencia según esta autorización puede ser sujeta a divulgación adicional por parte del receptor y dejar de ser protegida bajo la Ley Federal. Entiendo que esta autorización es voluntaria y la información divulgada/obtenida puede incluir datos relacionados con el tratamiento de problemas médicos, psiquiátricos, abuso de drogas, y/o VIH/SIDA a menos que se especifique arriba.

Firma del Paciente/Cliente/Apoderado* _____ Fecha _____

Por solicitud una copia de esta autorización será proveída al Paciente/Cliente/Apoderado.

CANCELACIÓN/REVOCACIÓN: _____
Firma del Paciente/Cliente/Apoderado* _____ Fecha _____

*Si este formulario está firmado por el apoderado del paciente, una copia del nombramiento legal tendrá que adjuntarse.
 Curador/Tutor Albacea de la herencia Otro (especifique): _____

Sólo para uso de oficina: Sólo archivo Enviar atención a: _____

NOTA: La confidencialidad de archivos psiquiátricos, de abuso de drogas y/o alcohol y de VIH está requerida y ninguna información de estos archivos específicos será enviada/divulgada a nadie sin consentimiento/autorización por escrito como indicado bajo las leyes generales del Estado de Connecticut, Capítulos 899c, 368x, y la regulación Federal 42 CFR 2. Estas leyes le prohíben hacer divulgación adicional sin consentimiento/autorización por escrito de la persona a quien se refiere. Para estos propósitos, una autorización general NO es suficiente.

CONNECTICUT LEGAL RIGHTS PROJECT
P.O. Box 351 Middletown, CT 06457

AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
THIS IS A LEGAL DOCUMENT AND WILL NOT BE HONORED UNLESS IT IS COMPLETED IN FULL

Patient/Client (Last Name, First Name) _____ Date of Birth _____ MPI # _____ Last 4 digits of SS# _____

I, the undersigned, authorize Whiting Forensic Hospital to: **DISCLOSE** information to **OBTAIN** information from
Name of Person _____ Name of Organization Connecticut Legal Rights Project

Address: P.O. Box 351

City Middletown State Connecticut Zip Code 06457

I understand that this authorization is voluntary and that information to be released/obtained may include Medical, Psychiatric, Substance Abuse and/or HIV/AIDS treatment information unless otherwise specified:

Limitations/Restrictions _____

Purpose of Release: Evaluation/Treatment Benefit Determination
(Check Appropriate Boxes) Placement/Referral Case Management Coordination
 Other (specify): Legal Advocacy pursuant to the Doe v. Hogan Consent Order

Information to be released/obtained: (Check Appropriate Boxes)
 Psychiatric Evaluation Medical History and Physical Exam Diagnostic Reports (specify): _____
 Psychosocial History/Assessment Discharge/Transfer Summary _____
 Psychological Evaluation Medication Records _____
 Treatment Plans Other (specify): Entire Medical Record

Dates of Treatment Covered by this Request:
 All prior episodes of care, through discharge from present episode of care
 Limited to the following Dates(s): _____

This authorization, if not cancelled, will expire:

Date (not to exceed 12 months), event or condition upon which this authorization expires. *If blank, authorization will expire 12 months from date of signature below.*

I understand that refusal to sign this authorization form will in no way affect my right to obtain present and future treatment, except where disclosure of such communications and records is necessary for treatment. I also understand that I may revoke this authorization at any time by signing the "CANCELLATION/REVOCAION" section below, except to the extent that action has been taken in reliance on it. I further understand that the confidentiality of psychiatric, substance abuse and HIV/AIDS records are protected under State and Federal Laws and cannot be disclosed without my written authorization unless otherwise provided for by law. The information disclosed by this facility pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by Federal law. I understand that this authorization is voluntary and that information to be released/obtained may include Medical, Psychiatric, Substance Abuse and/or HIV/AIDS treatment information unless otherwise specified above.

Signature of Patient/Client/Authorized (Legal) Representative* _____ Date _____

A copy of this authorization will be provided to the Patient/Client/Authorized Representative as requested.

CANCELLATION/REVOCAION: _____
Signature of Patient/Client/Authorized (Legal) Representative* _____ Date _____

*If this form has been signed by the patient's/client's Authorized (Legal) Representative, a copy of the legal appointment must be attached. Conservator/Guardian Executor of Estate Other (specify): _____

Office Use Only: File only Send attention to: _____

NOTE: Confidentiality of psychiatric, drug and/or alcohol abuse and HIV records is required and no information from these specific records shall be transmitted to anyone else without written consent or authorization as provided under Connecticut General Statutes, Chapters 899c and 368x and Federal Regulations 42 CFR 2. These laws prohibit you from making any further disclosure without specific written consent of the person to whom it pertains. A general authorization for the release of information is NOT sufficient for this purpose.

CONNECTICUT LEGAL RIGHTS PROJECT
P.O. Box 351 Middletown, CT 06457

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD
ES UN DOCUMENTO LEGAL Y NO SERÁ ACEPTADO SIN ESTAR LLENADO COMPLETAMENTE

Paciente/Cliente (apellido, nombre) _____ Fecha de nacimiento _____ MPI # _____ Últimos 4 dígitos de Seguro Social _____

Yo, el otorgante suscrito, autorizo la agencia arriba citada: **DIVULGAR** información a **OBTENER** información de

Nombre de persona _____ Nombre de agencia Connecticut Legal Rights Project

Calle/Buzón: P.O. Box 351

Ciudad Middletown Estado Connecticut Código postal 06457

Yo entiendo que la autorización es voluntaria y la información divulgada/obtenida puede incluir datos relacionados con el tratamiento de problemas médicos, psiquiátricos, abuso de drogas, y/o VIH/SIDA a menos que por demás se especifique:

Limitaciones/Restricciones _____

- Propósito de la autorización:** Evaluación/Tratamiento Determinación de beneficios
 (Marque la casilla que aplique) Colocación/Referencia Coordinación de manejo de caso
 Otro (especifique): Legal Advocacy pursuant to the Doe v. Hogan Consent Order

Información para divulgar o obtener: (Marque la casilla que aplique)

- Evaluación psiquiátrica Historia médica y examen físico Resultados de evaluaciones (especifique): _____
 Historia/evaluación psicosocial Resumen de alta/traslado _____
 Evaluación psicológica Historia de medicamentos _____
 Planes de tratamiento Otro (especifique): Entire Medical Record

Fechas de tratamiento cubiertas por esta solicitud:
 Todos los episodios anteriores hasta el día de alta del episodio actual
 Se limita a la(s) siguiente(s) fecha(s): _____

Esta autorización, si no se cancela, caducará:

 Fecha (que no exceda 12 meses), evento o condición en que se basa la caducidad de esta autorización. Si se deja en blanco, la autorización caducará 12 meses de la fecha de la firma más abajo.

Yo entiendo que rehusar firmar esta autorización no afectará en absoluto mi derecho de obtener tratamiento en el presente y en el futuro, excepto donde la divulgación de tales comunicaciones y archivos sea necesaria para el tratamiento. Entiendo además que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al firmar la sección "CANCELACIÓN/REVOCACIÓN" más abajo, excepto a tal punto que se haya tomado acción a base de la misma. Entiendo además que la confidencialidad de los archivos psiquiátricos, de abuso de drogas y/o alcohol y de VIH/SIDA está protegida bajo las Leyes Estatales y Federales y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito a menos que la ley disponga de otra manera. La información divulgada por esta agencia según esta autorización puede ser sujeta a divulgación adicional por parte del receptor y dejar de ser protegida bajo la Ley Federal. Entiendo que esta autorización es voluntaria y la información divulgada/obtenida puede incluir datos relacionados con el tratamiento de problemas médicos, psiquiátricos, abuso de drogas, y/o VIH/SIDA a menos que se especifique arriba.

Firma del Paciente/Cliente/Apoderado* _____ Fecha _____

Por solicitud una copia de esta autorización será proveída al Paciente/Cliente/Apoderado.

CANCELACIÓN/REVOCACIÓN: _____ Firma del Paciente/Cliente/Apoderado* _____ Fecha _____

*Si este formulario está firmado por el apoderado del paciente, una copia del nombramiento legal tendrá que adjuntarse.

- Curador/Tutor Albacea de la herencia Otro (especifique): _____

Sólo para uso de oficina: Sólo archivo Enviar atención a: _____

NOTA: La confidencialidad de archivos psiquiátricos, de abuso de drogas y/o alcohol y de VIH está requerida y ninguna información de estos archivos específicos será enviada/divulgada a nadie sin consentimiento/autorización por escrito como indicado bajo las leyes generales del Estado de Connecticut, Capítulos 899c, 368x, y la regulación Federal 42 CFR 2. Estas leyes le prohíben hacer divulgación adicional sin consentimiento/autorización por escrito de la persona a quien se refiere. Para estos propósitos, una autorización general NO es suficiente.

AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

I understand that the records to be released may contain information pertaining to Medical, Psychiatric, Drug and/or Alcohol Abuse Treatment, and/or Confidential HIV (AIDS) related information.

Patient Name (include name at time of hospitalization if different) Date of Birth Social Security Number

I authorize Whiting Forensic Hospital to RELEASE information to : Name of Person or Agency: _____ Attention: _____ Address: _____ Town: _____ State: _____ Zip Code: _____	Dates of Treatment Covered by this Release: All prior episodes of care, through discharge from present episode of care Purpose of this Disclosure: Social Security/Department of Social Services for Disability Determination
--	--

Information Released – Disability Determination Packet	
Admission Psychiatric Evaluation and Latest Annual Admission Psychosocial History & Assessment and Latest Annual Admission Rehabilitation Assessment, Latest Annual Admission Master Treatment Plan and Latest Treatment Plan Review If completed for patient: Occupational Therapy Assessment Admit and Latest Reassessment Psychological Assessment Neuropsychological Assessment	History and Physical Examination, Latest Annual Current Medication Kardex (Current Medications) Laboratory Report – Most current CBC (Comp..Blood Count) Other (specify): _____ _____ _____

This authorization if not cancelled, will expire: _____
 Event or condition upon which this authorization expires or date not to exceed 12 months.
 (If blank, authorization will expire 12 months from date of signature below.)

I understand that refusal to grant permission will in no way effect my right to obtain present and future treatment, except where disclosure of such communication and records is necessary for treatment. I understand that I may revoke this authorization at any time (not retroactively), by signing the "Cancellation/Revocation" section below, except to the extent that action has been taken in reliance on it (i.e. probation, parole, etc.). **This authorization, if not revoked earlier by me, will expire when acted upon or in one year of signature.** I further understand that the Confidentiality of psychiatric, drug and/or alcohol abuse and HIV records are protected under State and Federal law and cannot be disclosed without my written authorization unless otherwise provided for by law. I understand that I may make a request to inspect and/or copy the information to be used and that the agency will provide me with a copy of this signed authorization. The information disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and no longer protected by Federal law.

Patient Signature Witness Signature Date

<input type="checkbox"/> Authorization to be obtained from Conservator: Conservator's Name: _____ Address: _____ Town: _____ State: _____ Zip Code: _____	Instructions for Conservator of Person: _____ Conservator Signature Date Witness Signature: _____ Please return signed authorization to: Whiting Forensic Hospital Attention: _____ P.O. 70 Obrien Drive Middletown, CT 06457
---	---

Method of verification of identity/determination of authority: Patient/Clinician Relationship

CANCELLATION/REVOCAION _____
Patient/Personal Representative Signature Date