



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE UTILIZARSE PARA ENVIAR O RECIBIR COPIAS DE REGISTROS MÉDICOS

Para que esta autorización sea válida, deben completarse las secciones 1 a 6.

**INFORMACION DE CONTACTO: Teléfono: (707) 472-4636 Fax: (707) 467-0857**

**1. Patient Information**

Nombre del paciente

Fecha de Nac.

Otros nombres

Reg. Méd. N° (MR#)

Dirección

N° de Tel

¿Se puede dejar mensaje?  Sí  No

**2. Persona o centro que tiene la información médica**

Autorizo a \_\_\_\_\_

Nombre de la persona o centro que **tiene** la información médica

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono

Número de fax

**3. Persona o centro que recibirá la información médica**

A divulgar información médica a \_\_\_\_\_

Nombre de la persona o centro que **recibirá** la información médica

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono

Número de fax

Formato:

Disco compacto  Copia impresa

Tipo de entrega:

Fax  Correo  Para recoger

**4. El propósito de esta divulgación es (marcar una o más opciones)**

A solicitud del paciente/representante  Otro (indicar motivo) \_\_\_\_\_

**Especifique los tipos de información médica que se divulgarán**

Tipo(s) de información médica: \_\_\_\_\_

Fecha(s) del tratamiento: \_\_\_\_\_

**La siguiente información no será divulgada a menos que usted lo autorice específicamente marcando la(s) área(s) relevante(s) a continuación:**

- Información relacionada con el diagnóstico o tratamiento por abuso de drogas y alcohol
- Información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de salud mental
- Divulgación de resultados de análisis de VIH/SIDA, diagnóstico o tratamiento
- Divulgación de información de análisis genéticos

**6. AVISO y DECLARACIÓN DE SUS DERECHOS**

**Aviso:** MCHC y muchas otras organizaciones y personas, como por ejemplo, médicos, hospitales y planes de salud, deben mantener su información médica con carácter confidencial de conformidad con la ley. Si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien que no esté legalmente obligado a mantenerla con carácter confidencial, es posible que deje de estar protegida por las leyes de confidencialidad, estatales o locales. Si usted es uno de los padres o el tutor legal que presenta una solicitud de registros de un menor, no tendrá acceso a las anotaciones sobre atención médica que, en virtud de la ley, el menor pueda haber aceptado sin la participación de los padres. Si usted es menor de edad, solo tendrá acceso a aquellas partes de sus registros que describan la atención médica que usted pueda haber aceptado, en virtud de las leyes vigentes, sin la participación de sus padres. Se podrá cobrar un cargo de hasta 25 centavos por página más gastos de envío por las copias de registros médicos, de conformidad con los artículos 123100-123149 del Código de Salud y Seguridad del Estatuto de California.

**Sus derechos:** Esta autorización para divulgar información médica es voluntaria. El tratamiento, el pago o la elegibilidad no pueden estar sujetos a la firma de esta Autorización, salvo en los siguientes casos: (1) para realizar un tratamiento relacionado con una investigación, (2) para obtener información vinculada con la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud, (3) para determinar la obligación de una entidad para pagar un reclamo, o (4) para crear información médica con el fin de suministrársela a un tercero.

Esta Autorización podrá ser revocada en cualquier momento. La revocación deberá realizarse por escrito, firmada por usted o su representante de paciente y enviada a: Mendocino Community Health Clinic, 333 Laws Ave, Ukiah, Ca 95482. La revocación de hará efectiva cuando MCHC la reciba, salvo que MCHC u otros terceros ya se hubieran basado en ella. Amenos que se revoque, esta Autorización vence 12 meses después de la fecha en que yo firme el formulario.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta (paciente, padre, tutor legal)*

\_\_\_\_\_  
*Firma (paciente, padre, tutor legal)*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente*

**PARA USO OFICIAL SOLAMENTE FOR OFFICIAL USE ONLY**

Release received by (name of MCHC staff) \_\_\_\_\_

Department \_\_\_\_\_

Faxed or Mailed Release                      Date \_\_\_\_\_                      Staff Initials \_\_\_\_\_

Faxed or Mailed Records                      Date \_\_\_\_\_                      Staff Initials \_\_\_\_\_

Completed, all patient records have been sent or received and no further action is required.

**Hillside Health Center**  
333 Laws Ave., Ukiah  
707.468.1010

**Lakeview Health Center**  
5335 Lakeshore Blvd., Lakeport  
707.263.7725

**Little Lake Health Center**  
45 Hazel St., Willits  
707.456.9600