



PATIENT

Last Name:
First Name:
DOB:
Date:

MCHC HEALTH CENTERS

Form #HIM-004-S
Rev. 11-21
Page 1 of 4

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD

Para que este formulario sea válido, todas las secciones deben llenarse completamente.

INFORMACIÓN DE LA SALUD DE CONTACTO: Teléfono: (707) 472-4636 Fax: 707-467-0857

1. Información del paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Otros nombres o nombres previos usados _____ Número de teléfono _____

¿Mensaje de texto? Sí No

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

2. Autorización para el uso y la divulgación de información de la salud del paciente

Por medio del presente, autorizo a Mendocino Community Health Clinics, Inc. (MCHC) a compartir con

Nombre de la persona o entidad autorizada a recibir su información de la salud

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Fax _____

Formato: CD Impreso Tipo de entrega: Fax Correo Recogida

3. Autorización para el uso y la divulgación de información de la salud del paciente

Por la presente, autorizo a los siguientes a divulgar registros a Mendocino Community Health Clinics, Inc. (MCHC)

Nombre de la persona o facilidad autorizada para divulgar su información de salud.

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Fax _____

HILLSIDE HEALTH CENTER 333 Laws Ave., Ukiah (707) 468-1010 hillsidehealthcenter.org	DORA STREET HEALTH CENTER 1165 S. Dora St., Ste. A-1 & B-1, Ukiah (707) 468-1015 dorastreethealthcenter.org	LAKEVIEW HEALTH CENTER 5335 Lakeshore Blvd., Lakeport (707) 263-7725 lakeviewhealthcenter.org	LITTLE LAKE HEALTH CENTER 45 Hazel St., Willits (707) 456-9600 littlelakehealthcenter.org
---	---	---	---



PATIENT

Last Name:

First Name:

DOB:

Date:

Form #HIM-004-S

Rev. 11-21

Page 2 of 4

MCHC HEALTH CENTERS

4. Propósito de esta liberación de la información de la salud del paciente

- A pedido del paciente o del representante del paciente Otro _____

Limitaciones (si existen): _____

5. Especifique los tipos de información de la salud que se liberarán

Tipo(s) de información de la salud que se divulgará(n):

- A. Toda la información de la salud que pertenezca a mi historia médica, afección mental o física y tratamiento recibido.
- B. Solo los siguientes registros o tipos de información de la salud (incluida cualquier fecha de tratamiento):

La siguiente información NO se divulgará a menos que usted autorice específicamente su divulgación al marcar las áreas pertinentes a continuación:

- Información relativa al diagnóstico o tratamiento de abuso de drogas y alcohol
- Información relativa al diagnóstico o tratamiento de la salud mental (que no sean notas de psicoterapia)
- Divulgación de los resultados de las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento del VIH/SIDA
- Divulgación de información sobre pruebas genéticas

[Se requiere una autorización por separado para autorizar la divulgación o el uso de las notas de psicoterapia] tal como se define en la normativa federal de aplicación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud.

La confidencialidad de los registros de los pacientes con problemas de abuso de alcohol y drogas que mantiene este programa está protegida por las leyes y reglamentos federales

HILLSIDE HEALTH CENTER
 333 Laws Ave., Ukiah
 (707) 468-1010
 hillsidehealthcenter.org

DORA STREET HEALTH CENTER
 1165 S. Dora St., Ste. A-1 & B-1, Ukiah
 (707) 468-1015
 dorastreethealthcenter.org

LAKEVIEW HEALTH CENTER
 5335 Lakeshore Blvd., Lakeport
 (707) 263-7725
 lakeviewhealthcenter.org

LITTLE LAKE HEALTH CENTER
 45 Hazel St., Willits
 (707) 456-9600
 littlelakehealthcenter.org



PATIENT

Last Name:

First Name:

DOB:

Date:

Form #HIM-004-S

Rev. 11-21

Page 3 of 4

MCHC HEALTH CENTERS

6. EXPIRACIÓN: Esta autorización expira el (fecha): _____

(Si no se especifica ninguna fecha, la expiración será de un año a partir de la fecha en que firmó el paciente [o su representante]).

7. AVISO y DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS

Aviso: MCHC y muchas otras organizaciones y personas, como médicos, hospitales y planes de salud, están obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información de la salud. La información divulgada en virtud de esta autorización podría ser divulgada de nuevo por el destinatario. Dicha redivulgación en algunos casos no está prohibida por la ley de California y puede no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que reciba su información de salud hacer una nueva divulgación de esta, a menos que se obtenga de su parte otra autorización para dicha divulgación o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Si usted es un padre o tutor legal que realiza una solicitud relativa a los registros de un menor, no tendrá acceso a la atención de la salud a la que, por ley, el menor puede dar su consentimiento sin la participación de los padres. Si usted es menor de edad, solo tendrá acceso a las partes de su registro en las que se describa la atención de la salud a la que, por ley, pueda dar su consentimiento sin la participación de los padres. Se puede cobrar una tarifa de hasta 25 centavos por página más gastos de envío por las copias de los registros de la salud, según las secciones 123100-123149 del Código de Salud y Seguridad de California.

Sus derechos: esta autorización para divulgar información de la salud es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados por su firma en esta Autorización.

Esta Autorización se puede revocar en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito, firmada por usted o su representante de paciente, y entregada a Mendocino Community Health Centers, 333 Laws Ave, Ukiah, Ca 95482. La revocación entrará en vigor cuando MCHC la reciba, excepto en la medida en que MCHC u otros ya la hayan usado. A menos que sea revocada, esta Autorización expirará 12 meses después de la fecha en que firme el formulario. **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

HILLSIDE HEALTH CENTER
333 Laws Ave., Ukiah
(707) 468-1010
hillsidehealthcenter.org

DORA STREET HEALTH CENTER
1165 S. Dora St., Ste. A-1 & B-1, Ukiah
(707) 468-1015
dorastreethealthcenter.org

LAKEVIEW HEALTH CENTER
5335 Lakeshore Blvd., Lakeport
(707) 263-7725
lakeviewhealthcenter.org

LITTLE LAKE HEALTH CENTER
45 Hazel St., Willits
(707) 456-9600
littlelakehealthcenter.org

PATIENT

Last Name:

First Name:

DOB:

Date:



MCHC HEALTH CENTERS

Form #HIM-004-S

Rev. 11-21

Page 4 of 4

SOLO PARA USO OFICIAL

Liberación recibida por (nombre del personal de MCHC) _____

Departamento _____

- Liberación por fax o correo Fecha _____ Iniciales del personal _____
- Registros enviados por fax o correo Fecha _____ Iniciales del personal _____
- Completado, todos los registros del paciente se han enviado o recibido y no se requiere ninguna otra acción.

HILLSIDE HEALTH CENTER
 333 Laws Ave., Ukiah
 (707) 468-1010
hillsidehealthcenter.org

DORA STREET HEALTH CENTER
 1165 S. Dora St., Ste. A-1 & B-1, Ukiah
 (707) 468-1015
dorastreethealthcenter.org

LAKEVIEW HEALTH CENTER
 5335 Lakeshore Blvd., Lakeport
 (707) 263-7725
lakeviewhealthcenter.org

LITTLE LAKE HEALTH CENTER
 45 Hazel St., Willits
 (707) 456-9600
littlelakehealthcenter.org