





**MCHC HEALTH CENTERS**

A, B, C, D or E
Expires:

**DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN**

Por este conducto autorizo al defensor del paciente \_\_\_\_\_, un representante de Mendocino Community Health Clinic, Inc. (MCHC), a ayudarme con mi solicitud para Medi/Cal / CMSP / Covered California. Esto incluye hacer la cita de admisión y llenar los formularios (Incluyendo la Solicitud MC 210 Medi-Cal) y recopilar los comprobantes necesarios para establecer mi elegibilidad para recibir cobertura médica. El Departamento de Servicios Sociales está autorizado a compartir otra información confidencial relacionada con mi elegibilidad para Medi-Cal con el Representante Clínico designado, a excepción de lo siguiente:

---



---

(A ser llenado por el cliente en caso que existan restricciones a la información que puede ser compartida.)

Yo entiendo que cualquier información proporcionada a la clínica no será compartida con nadie más sin mi consentimiento por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

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