



**Mendocino Coast Clinics, Inc.**  
**205 South Street, Fort Bragg, CA 95437**  
**707-964-1251**

**Autorización del Paciente para Revelar Información Médica**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

1. Yo autorizo a la persona u organización nombrada enseguida a divulgar información médica relativa a la persona nombrada arriba, como se describe enseguida. Aviso: La clínica divulga esta información por mensaje electrónico en código.

**REVELAR INFORMACIÓN DE:**

**REVELAR INFORMACIÓN A:**

Mendocino Coast Clinics, 205 South St., Fort Bragg, CA 95437  
 Otro (Especifique instalación / persona y dirección a continuación, incluir el teléfono / fax si lo sabe.)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Mendocino Coast Clinics, 205 South St., Fort Bragg, CA 95437  
 **Adult Fax:** 707-961-2722     **Pediatric Fax:** 707-964-6274  
 **OB Fax:** 707-961-3471     **Email:** medicalrecords@mccinc.org  
 Otro (Especifique instalación / persona y dirección a continuación, incluir el teléfono / fax si lo sabe.)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. El tipo y cantidad de información será usada o revelada para lo siguiente: (Marque la casilla apropiada e incluya otra información como se ha indicado):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente completo                       | <input type="checkbox"/> El reporte de consulta de (por favor proporcione nombre de doctores) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación                    | <input type="checkbox"/> Expediente de clínica dental   |
| <input type="checkbox"/> Su historial y examen físico más reciente | <input type="checkbox"/> Reporte de radiografías dentales   |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio                 | <input type="checkbox"/> Archivos de conserjería en salud mental/drogas o alcohol                   |
| <input type="checkbox"/> Reporte de radiografías                   | <input type="checkbox"/> Otro (por favor describa) _____  |
| <input type="checkbox"/> Los apuntes médicos                       |   |

3. Mi autorización se refiere a la información generada en la(s) siguiente(s) fecha(s) o en el siguiente período de tiempo: \_\_\_\_\_

4. Esta información será revelada para el siguiente propósito:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. Yo entiendo que la información en mi expediente médico pudiera incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y también pudiera incluir información acerca de servicios de salud mental o tratamientos para el abuso de alcohol o drogas.

Firma del paciente o del representante personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si está firmada por el representante personal mencione que relación tiene con el paciente \_\_\_\_\_



**Mendocino Coast Clinics, Inc.**  
**205 South Street, Fort Bragg, CA 95437**  
**707-964-1251**

**Autorización del Paciente para Revelar Información Médica**

6. Yo entiendo que tengo el derecho de suspender la autorización, o cancelarla en cualquier momento. Yo entiendo que para suspender esta autorización, lo tengo que hacer por escrito y presentar por escrito esta revocación a Mendocino Coast Clinics, Inc., 205 South Street, Fort Bragg, CA 95437. Yo entiendo que la revocación no aplica a mi compañía de seguro, cuando la ley provee a mi seguro y con el derecho a impugnar una demanda bajo mi norma o póliza.
7. Amenos que haya sido revocada, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento y condición.  
 \_\_\_\_\_ (si se deja sin firmar, se vencerá un año desde la fecha de esta Autorización)
8. Yo entiendo que una vez que la información es revelada siguiendo esta autorización, pudiera ser de nuevo revelada por el destinatario y la información no podrá ser protegida por la privacidad federal de regulaciones.
9. Entiendo que no necesito firmar este formulario para asegurar tratamiento médico, pagos, inscripción en mi plan de salud, o elegibilidad de beneficios.
10. Entiendo que se me dará una copia de este formulario de autorización, después que la firme.

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE ESCRITO

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o del representante personal Fecha

\_\_\_\_\_  
 Si es firmada por el representante personal mencione qué relación tiene con el paciente

\_\_\_\_\_  
 Firma de testigo Fecha Hora

El "representante personal" es cualquiera de los siguientes:

1. Para un adulto incompetente
  - a. Un tutor de la persona del paciente
  - b. Un representante designado por el paciente en un documento de poder legal para atención médica
2. Para un menor que no tiene autoridad legal especial para firmar una autorización:
  - a. Padre/Madre
  - b. Tutor
  - c. Cualquier persona *in loco parentis*
3. Cualquiera otra persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones médicas en nombre del paciente (por ejemplo, la persona que es el próximo de los parientes de un residente en un centro de enfermería especializada, una persona legalmente obligado a mantener al paciente); o
4. Un albacea o administrador de la herencia del paciente o cualquier beneficiario que está para heredar del paciente, si el paciente ha fallecido