Mendocino Coast Clinic, Inc.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

**POR FAVOR, COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, PONGA LA FECHA Y FIRME.**

**I.** Yo, _____, por la presente voluntariamente autorizo la divulgación de la información médica para:
(Nombre del Paciente en letra Imprenta)
Nombre del Paciente_____ Fechas de Nacimiento _____ Relación:_____

| **II. DIVULGACIÓN: "DE" "A"** | | | **ENTREGAR: ¨DE" ¨PARA"** | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CENTRO MÉDICO<br>**Mendocino Coast Clinic, Inc. Attn: Archivos Médicos** | | | NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN/INSTALACIONES | |
| DIRECCIÓN<br>**205 South Street** | | | DIRECCIÓN | |
| CIUDAD/ESTADO<br>**Ft Bragg, CA 95437-5540** | | | CIUDAD/ESTADO | |
| **Teléfono**<br>**707-964-1251** | **Correo Electrónico**<br>medicalrecords@mccinc.org | **Fax**<br>**(707) 961-2722** | Teléfono | Fax |

**III. Elporpósito o necesidad para esta divulgación es:**

☐Abogado ☐Escuela ☐Investigación

☐Uso Personal ☐Seguro Médico ☐Discapacidad ☐ TRANSFERENCIA DE CUIDADOS

**IV. (a) La información que será divulgada de mi archivo médico: (pogan sus <u>iniciales en todas las líneas</u> appropriadas)**

_____ Solo información relacionadad a *(especifique)* :_____

_____ Solo en las fechas desde _____ hasta _____

***A no ser que otra cosa se indique, solo archivos de 2 años anteriores a esta solicitud serán entregados***

_____ Otros (especifique) (Dental, Lab, Pagos, Clínica de Adolescentes, etc.): _____

_____ Archivos Médicos (últimos 2 años)* *(no incluye Información Médica Protegida Sensible a no see que sea especificado abajo)*

**(b) Información Médica Protegida Sensible Yo autorizo que sea entregada, ponga sus iniciales en las líneas que correspondan abajo:**

_____ Tratamiento/Referencia Alcohol/Droga _____ Tratamiento relacionado con HIV/AIDS

_____ Notas de Salud Mental (al poner mis iniciales , yo renuncio al privilegio psycoterapista-paciente)

**** Solo iniciales (seleccionar y marcar X no será acceptado)***

**V.**

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito presentada en cualquier momento a: MCC, Medical Records Department, 205 South St., Ft. Bragg, CA 95437, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. La información divulgada en virtud de esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y podría dejar de estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información médica vuelva a divulgarla, a menos que se obtenga de mí otra autorización para dicha divulgación, o que dicha divulgación esté específicamente permitida por la ley. La información divulgada en virtud de esta autorización podría ser divulgada de nuevo por el receptor. Dicha re-divulgación podría no estar protegida por la ley de California o la ley federal HIPAA, dependiendo de las circunstancias. La Ley de Confidencialidad de la Información Médica (CMIA) prohíbe dicha redivulgación sin una nueva autorización por escrito, salvo que la ley lo permita o lo exija específicamente (Subsección 56.13 del Código Civil de California). Si esta autorización no ha sido revocada, terminará en un año a partir de la fecha de mi firma, a menos que se indique una fecha o evento de expiración diferente.

(Epecifique una nueva fecha)_____

Mendocino Coast Clinics, Inc., sus instalaciones, empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

| FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE PERSONAL (Indique la relación con el paciente) | FECHA |
|---|---|
| FIRMA DEL TESTIGO (Si la firma del paciente es su huella dactilar o una marca) | FECHA |

Esta información se divulgará para el propósito indicado anteriormente y no podrá ser utilizada por el destinatario para ningún otro fin.

Atención: El plazo para la tramitación de la entrega del historial médico puede tardar hasta 30 días desde la fecha de la firma.