



North Coast Family Health Center

A Department of Mendocino Coast District Hospital

Ste A: (707) 961-4631; Fax (707) 964-1192; Ste B: 964-6910; Fax 964-7430; Ste C: 961-4995; Fax 962-9481

Al completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica. Esta autorización puede perder su validez si no proporciona toda la información solicitada.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por medio del presente autorizo a

[] Mendocino Coast District Hospital

[] Otro: _____

a divulgar a: [] Yomismo [] (Personas u organizaciones autorizadas a recibir la información--Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)

Otro _____ Telefono _____

Domicilio _____

Los siguientes expedientes o tipo de información (incluso las fechas):

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque donde corresponde):

[] Resultados de análisis de VIH

OBJETIVO

Objetivo del uso o divulgación solicitados: [] solicitud de paciente: [] otro:

VENCIMIENTO: Esta autorización vence el [inserte la fecha]: _____
Si fecha no esta indicado, esta autorización vence el 12 meses despues de la fech que yo firmo esta forma.

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi calificación para obtener tratamiento o pago ni mi calificación para obtener beneficios.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicita que autorice.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación en este domicilio: Mendocino Coast District Hospital, Medical Records Department, 700 River Drive, Fort Bragg, CA, 95437.

Mi revocación tendrá vigencia cuando se reciba, excepto en la medida en que otras personas hayan actuado basados en esta autorización.

Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

El destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a divulgarla. Dicha nueva divulgación en algunos casos no está protegida por la ley del Estado de California, y puede no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA).

Si este casillero está marcado [], el solicitante de la información recibirá compensación por el uso o divulgación de mi información.

FIRMA

Firma: Print Name Fecha Hora

Si la firma no pertenece al paciente, indique su relación legal con el paciente: (relationship to pt.)

Su relacion legal con el paciente

Testigos / Witness Fecha / Date Hora / Time

8700-MCDH (rev 3/2/09)

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR
O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**