



Place Patient Label Here

AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION – PC AND PN ROI

Davis Community Clinic
2051 John Jones Road
Davis, CA 95616
Fax: 530-758-8490

Hansen Family Health Center
215 West Beamer Street
Woodland, CA 95695
Fax: 530-204-5295

Salud Clinic
500 B Jefferson Blvd #180
West Sacramento, CA 95605
Fax: 530-204-5248

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico (opcional): _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO COMMUNICARE HEALTH CENTERS:

DIVULGAR A: Marque esta casilla si es igual que el paciente.
Nombre de la Persona u Organización: _____
 SOLICITAR DE: Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

PROPÓSITO DEL USO O DIVULGACIÓN SOLICITADA (DÍGANOS CÓMO USARÁ LOS REGISTROS)

Continuidad de la atención: Fecha de la cita con el médico: _____
 Paciente Seguro Otro: _____

Tipo de acceso solicitado (marque SOLO uno)

Copia en papel CD
 Correo electrónico (codificado)
 Correo electrónico (**no** codificado*)

Método de entrega (marque SOLO uno)

Correo Postal Fax Recoger en Persona (si aplica)
 Correo electrónico: _____

* Enviar un correo electrónico no codificado incrementa los riesgos de que la información pueda ser leída por alguna persona no autorizada

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (diganos qué información necesita)

CommuniCare Health Centers hace los esfuerzos necesarios para limitar la divulgación de la información de salud protegida a lo mínimo necesario, para lograr el propósito previsto.

Actual	Últimos 12 meses
PRUEBAS DE DETECCIÓN <input type="checkbox"/> Papanicolau <input type="checkbox"/> Prueba de detección al recién nacido <input type="checkbox"/> Colonoscopias <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Notas de consultas <input type="checkbox"/> Otros (últimos 12 meses): _____
TODAS LAS IMÁGENES DE DIAGNOSTICOS AVANZADOS <input type="checkbox"/> Rayos X <input type="checkbox"/> Mamografía <input type="checkbox"/> Otros: _____	Prenatal/Salud de la Mujer <input type="checkbox"/> Papanicolau – Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Historial de Cesárea – Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Historial Prenatal – Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____
LISTA MEDICA <input type="checkbox"/> Lista de problemas <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Todas las recetas prenatales <input type="checkbox"/> OTROS: _____	

Otros Registros Médicos

ULTIMAS 3 NOTAS DE SU EXPEDIENTE asociadas con pruebas de laboratorio
 Notas Hospitalarias – Fecha: _____ Otros: _____
 Resumen de alta Fecha: _____

**AUTHORIZATION FOR USE AND
DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION – PC AND PN ROI**

NOTE: Su expediente médico puede incluir información con referencia al VIH/SIDA, el abuso de alcohol/drogas, y/o a la salud mental. Esta no se divulgará al menos que se solicite específicamente a continuación.

AUTORIZACIÓN ESPECIAL (díganos si tenemos permiso para divulgar la siguiente información sensible)

- Resultados de la prueba del VIH rango de fechas, de _____ hasta _____ Firma: _____
- Abuso de sustancias rango de fechas, de _____ hasta _____ Firma: _____
- Salud mental rango de fechas, de _____ hasta _____ Firma: _____

VENCIMIENTO

Esta autorización deberá entrar en vigor inmediatamente y deberá seguir en vigencia durante un (1) año a partir de la fecha en que se firmó a menos que se especifique aquí una fecha distinta: _____

RESTRICCIONES

La ley de California prohíbe al destinatario hacer una mayor divulgación de su información de salud a menos que el destinatario obtenga otra autorización de usted o a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Esta protección no se extiende a destinatarios fuera del estado de California.

SUS DERECHOS

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negación no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago.
- Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y entregada a esta dirección:
CommuniCare Health Centers
PO Box 1260
Davis, CA 95617
- Mi revocación entrará en vigor al momento en que sea recibida, pero no tendrá impacto sobre usos o divulgaciones realizadas mientras mi autorización tenía validez.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización (necesaria si la autorización es solicitada para el uso o divulgación de información de salud por parte del proveedor)
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud para la cual estoy autorizando el uso o divulgación de mi información de salud.

FIRMA

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Paciente/representante legal)

Si está firmado por alguien distinto al paciente, anote el nombre y la relación:

Nombre: _____ Relación: _____