

**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: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 **SOLICITAR DE:** 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
<b>PRUEBAS DE DETECCIÓN</b> <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): _____
<b>TODAS LAS IMÁGENES DE DIAGNOSTICOS AVANZADOS</b> <input type="checkbox"/> Rayos X <input type="checkbox"/> Mamografía <input type="checkbox"/> Otros: _____	<b>Prenatal/Salud de la Mujer</b> <input type="checkbox"/> Papanicolau – Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Historial de Cesárea – Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Historial Prenatal – Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____
<b>LISTA MEDICA</b> <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: \_\_\_\_\_