



•13500 Airport Road •P.O. Box 338 Boonville, CA 95415 •Teléfono: (707) 895-3477 •Fax: (707) 895-2035

**Solicitud de Liberación de Información Médica Protegida**

***Para ser completado por el paciente o representante autorizado del paciente:***

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número De Fax: \_\_\_\_\_  
 Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

***Doy Autorización a:***

Nombre de médico o proveedor: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número De Fax: \_\_\_\_\_  
 Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

***Para que libere mi información médica confidencial, como se describe a continuación, a:***

The Anderson Valley Health Center

***De la siguiente manera:***

Copias por correo       Copias por fax       Copias para recoger  
 Otro: \_\_\_\_\_

***Mi autorización es para el uso y divulgación de los siguientes registros:***

- Declaraciones de Cobros y Pagos
- Los Registros de Visitas al Centro de Salud
- Registros de Salud Mental
- Los Registros Dentales
- Los Rayos X y Otras Imágenes
- Información acerca del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)
- Todo lo anterior
- Otro: \_\_\_\_\_

***Mi autorización se refiere a la información generada en las fechas siguientes o en el siguiente período:***

\_\_\_\_\_

**Mi autorización es dada libremente con el entendimiento de que:**

- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto donde la información ya ha sido liberada en confianza con mi autorización, siempre que mi revocación este por escrito.
- El centro de salud no puede condicionar mi tratamiento en mi provisión de esta autorización.
- Esta autorización es válida para solo \_\_\_\_\_ días a partir de la fecha que está firmada o antes si así se especifica por mí, como se indica abajo.
- Una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como la original.
- El centro de salud, sus directores, oficiales, empleados, agentes y voluntarios son liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior a la medida indicada y autorizada en el presente.
- Recibiré una copia de esta autorización firmada si la autorización es a petición del centro de salud.

**Esta autorización vencerá en:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad Legal para Actuar en Nombre del Paciente