



•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