



Autorización para Solicitar Información Médica

Realización de este documento autoriza la divulgación y uso de información médica sobre usted. Falta de proporcionar toda la información solicitada puede anular esta autorización.

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____ Teléfono: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad/ Estado/ Código: _____

Por favor **LIBERE** la siguiente información **DE**:

Nombre de Doctor/Organización/Persona:

Dirección:

Ciudad/Estado/Postal:

Número de Teléfono:

Número de Fax:

Por correo

Por Fax

Por favor **MANDE** la siguiente información **A**:

Nombre de Doctor/Organización/Persona:

Anderson Valley Health Center

Dirección:

PO Box 338

Ciudad/Estado/Postal:

Boonville, CA 95415

Número de Teléfono:

(707) 895-3477 ext. 622

Número de Fax:

(707) 895-2035

Para Recoger

Email (expirará después de 7 días): stealban@avhc.org

Yo autorizo la liberación de la siguiente información:

Sólo los siguientes registros o tipos de información médica (incluyendo cualquier fecha):

Específicamente autorizo la siguiente información:

- Registro Médico
- Registro de Salud Mental
- Resultados de Laboratorio
- Resultados de Rayos X y otras Imágenes
- Información Financiera

Notas:

Una **autorización aparte** es necesaria para autorizar la divulgación o el uso de notas de Psicoterapia, tal como se define en los reglamentos federales implementados en la "Health Insurance Portability and Accountability Act".

Continúe Atrás →

Con el fin de: Solicitud de Paciente Otro: _____

Limitaciones, si las hay: _____

Duración: Esta autorización deberá comenzar inmediatamente y expira en (fecha): _____

- Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Al rehusar, no afecta mi habilidad para obtener tratamiento o pago o elegibilidad para beneficios.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que me pide para permitir el uso o la divulgación de.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección: **Anderson Valley Health Center al 13500 Airport Rd. Boonville, Ca. 95415**
- Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, excepto en la medida en que otros han actuado confiando en esta autorización.
- Información revelada en virtud de esta autorización podría ser re-divulgada por el recipiente. Re-divulgación es en algunos casos no prohibidos por la ley de California y ya no puede estar protegido por la ley de confidencialidad federal (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información de salud hacer más divulgación de él a menos que otra autorización para tal divulgación se obtiene de mí, o a menos que dicha divulgación es específicamente o permitido por la ley.

Paciente o Representante autorizado por el paciente:

Firma: _____ Nombre: _____

Relación del Paciente: _____ Fecha: _____

SOLAMENTE para registro de **Salud Mental**, firma de paciente **MENOR**: _____

Yo autorizo a: _____ para recoger mi registro médico.

***** PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE *****

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> REQUEST COMPLETED: | <input type="checkbox"/> IDENTITY OF INDIVIDUAL AND/OR LEGAL REPRESENTATIVE VERIFIED: |
| ○ DATE: _____ | STAFF INITIALS: _____ |
| ○ STAFF INITIALS: _____ | |
| ○ #PAGES: _____ | |

NOTES: _____

Medical Health, Behavioral Health and Dental Health
En Anderson Valley Health Center
13500 Airport Rd. Boonville, Ca. 95415 o PO Box 338 Boonville, Ca. 95415
Teléfono: (707) 895-3477 o Fax: (707) 895-2035