



Medical Tel: (530) 621-7700  
Fax: (530) 621-7713  
Dental Tel: (530) 497-5016  
Fax: (530) 622-8908

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

### PERSONA O AGENCIA AUTHORIZADA

Por la presente autorizo a El Dorado County Community Health Centers a hablar de mi información médica protegida con los siguientes:

\_\_\_\_\_  
Nombre Relación (\_\_\_\_\_) Teléfono - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN A DIVULGAR

- Toda mi información médica y dental
- Mi información médica y / o dental solo en relación con los siguientes tratamientos o condiciones:

### SE REQUIEREN SUS INICIALES SI SE MARCA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS

- |  |                                   |                                       |                                   |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcohol / Drogas  | Escriba sus iniciales aquí: _____ | <input type="checkbox"/> Psiquiatría  | Escriba sus iniciales aquí: _____ |
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA        | Escriba sus iniciales aquí: _____ | <input type="checkbox"/> Psicoterapia | Escriba sus iniciales aquí: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas | Escriba sus iniciales aquí: _____ |                                       |                                   |

### AUTORIZACIONES ADICIONALES

- La capacidad de hacer, cambiar o programar citas
- La capacidad de recoger recetas / medicamentos

### ESTA AUTORIZACIÓN ESTARÁ EN VIGOR Y SERÁ VÁLIDA DURANTE UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.  
Entiendo que la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.  
Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autoridad para firmar si no es el paciente: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_