

Este formulario le permite a usted o a una persona de su confianza autorizar a Marin Community Clinics a obtener o compartir su información médica. Su historial médico es privado y está protegido por leyes como HIPAA, la ley de privacidad de California y normas especiales para el tratamiento de adicciones.

Información del paciente (por favor, escriba con letra clara):

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Teléfono: E-mail:
Dirección del paciente ciudad, estado y código postal		

Sección 1 – Autorización PARA o DE

Autorizo a **Marin Community Clinics (MCC)** obtener o compartir la información médica indicada en este formulario.

☐ **Para** mi mismo/a (Solo Adultos)

☐ Obtenerlo **DEL** tercero a continuación

☐ Compartir **CON** el tercero a continuación

Nombre Completo/Organización: _____

Afiliación/Cargo (si corresponde): _____

Dirección: _____

Teléfono/Fax: _____

☐ Más de una agencia. (Complete la página 3)

Sección 2 – Opción de entrega

Solicito que MCC me entregue mis registros en el siguiente formato (marque todas las opciones que correspondan):

☐ Llamada telefónica (a un proveedor de atención médica, escuela o departamento legal)

☐ Correo postal

☐ Recogida en persona

☐ Fax (solo a un proveedor de atención médica)

☐ Otro: _____

Sección 3 – Información que se Compartirá

Indique el rango de fechas (si corresponde): de ____/____/____ a ____/____/____

☐ Historial médico completo

☐ Informes radiológicos

☐ Historial dental

☐ Imágenes radiológicas

☐ Certificado médico/dental

☐ Carta de verificación de tratamiento

☐ Cartilla de vacunación

☐ Resúmenes de visitas/Notas de evolución

☐ Resultados de laboratorio

☐ Comunicación verbal

☐ Radiología Dental

☐ Otro (especifique): _____

Registros confidenciales: De acuerdo con la legislación federal y de California (42 CFR Parte 2, Cal. HSC §11845.5, etc.), estas categorías cuentan con protecciones adicionales. Iniciales para cada categoría:

☐ Registros de salud mental*

Iniciales: _____

☐ Registros de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias*

Iniciales: _____

☐ Resultados de la prueba de VIH/SIDA*

Iniciales: _____

** Estos registros confidenciales no se divulgarán a menos que se autorice específicamente mediante la colocación de las iniciales junto a cada categoría.*

Sección 4 – Finalidad de la divulgación

Los registros solicitados se divulgan por los siguientes motivos (marque todos los que correspondan):

- | | |
|---|---|
| ☐ Continuidad de la Atención/Tratamiento | ☐ Educación / Ingreso escolar (p. ej., cartilla de vacunación) |
| ☐ Copia Personal | ☐ Empleo |
| ☐ Fines Legales | ☐ Nota Médica (especificar): _____ |
| ☐ Seguro/Pago | ☐ Otro (especificar): _____ |
| ☐ Incapacidad/Compensación Laboral | |
-

Sección 5 – Derechos del Paciente y Reconocimientos

- Firmo este formulario porque quiero.
 - Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización.
 - Si pido mi información por correo o por mensaje de texto, sé que puede no ser segura.
 - Puedo cambiar de opinión más adelante enviando una carta, pero esto no anulará la información que ya se haya compartido.
 - Para cancelar este formulario, debo escribir al Departamento de Información de Salud de MCC.
 - Este formulario caducará en un año, a menos que indique una fecha diferente.
 - MCC no me tratará injustamente, no me cobrará más ni me quitará la atención médica si no firmo este formulario.
 - La persona que reciba mi información de salud no puede compartirla con nadie más a menos que yo lo autorice por escrito o que la ley lo permita.
 - La clínica, el personal y los médicos pueden compartir mi información si la ley lo permite y no tendrán problemas legales por ello.
-

Fecha de caducidad (si es menos de 1 año): _____

☐ Este formulario me fue explicado en un idioma que entiendo.

Firma del paciente/representante legal: _____ Fecha: _____

Si la firma la realiza un representante legal, indique la autoridad competente (por ejemplo, padre, tutor legal, apoderado):

Nombre del representante legal: _____ Teléfono: (____) _____

Relación con el paciente: _____

Clinic Use Only:

- Received by: _____ Date: _____

For HIMs Use Only:

- Verified ID: ☐ Yes ☐ No
- Processed by: _____ Date: _____
- Records released via: ☐ Mail ☐ Fax ☐ Phone ☐ Email ☐ Pick-up

Consulte la página siguiente para obtener información sobre la autorización para su envío a más de una agencia (si corresponde).

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Divulgación Multi-Institucional

Autorizo a Marin Community Clinics y a las agencias marcadas a continuación a hablar, compartir o intercambiar información, ya sea por escrito o verbalmente, sobre la atención médica, la educación o la salud mental del paciente. Esto puede incluir resultados de pruebas, planes educativos individualizados (PEI) o planes de servicios familiares individuales (PSFI).

	Iniciales	Fecha
☐ Children and Family Services (CFS)	_____	_____
☐ Marin Family Connections	_____	_____
☐ Golden Gate Regional Center	_____	_____
☐ Matrix Parent Network and Resource Center	_____	_____
☐ Salud Mental del Condado	_____	_____
☐ Proveedor de atención primaria: _____	_____	_____
☐ Proveedor(es) especialista(s): _____	_____	_____
☐ Escuela(s): _____	_____	_____
Dirección: _____		
Teléfono/Fax: _____		
☐ Distrito Escolar/MCOE _____	_____	_____
☐ Head Start/Early Head Start	_____	_____
☐ Marin Childcare Council (MC3)	_____	_____
☐ Canal Alliance	_____	_____
☐ Novato Human Needs	_____	_____
☐ Jewish Family and Children Services	_____	_____
☐ Family Services Agency	_____	_____
☐ Parent Services Project	_____	_____
☐ WIC	_____	_____
☐ CalWORKS	_____	_____
☐ Center for Domestic Peace (MAWS)	_____	_____
☐ Legal Aid of Marin	_____	_____
☐ Family and Children's Law Center	_____	_____
☐ Partnership Health Plan	_____	_____
☐ Adopt-A-Family	_____	_____
☐ Ritter Center	_____	_____
☐ St. Vincent's	_____	_____
☐ Otro: _____	_____	_____
Dirección: _____		
Teléfono/Fax: _____		

Todo lo estipulado en la Sección 5 sigue siendo aplicable aquí, incluyendo su derecho a cancelar este formulario, su duración y cómo se puede o no compartir su información.