



**AUTHORIZATION FOR USE / DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION  
AUTORIZACIÓN DE USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE**

**RECORDS / INFORMATION PERTAINING TO (REGISTROS / INFORMACIÓN PERTINENTE A):**

Name of Patient / Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Date of Birth / Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Address / Dirección \_\_\_\_\_ Telephone Number / Número de Teléfono \_\_\_\_\_

**I HEREBY AUTHORIZE:  
(YO AUTORIZO):**

\_\_\_\_\_  
Name of Authorized Party / Nombre de la Parte Autorizada

\_\_\_\_\_  
Address / Dirección

\_\_\_\_\_  
City / Ciudad State/ Estado Zip Code / Pódigo Postal Fax Number / Número de Fax

**TO DISCLOSE TO:  
(PARA DIVULGAR A):**

**REDWOOD COAST MEDICAL SERVICES**

P. O. BOX 1100  
GUALALA, CA 95445  
(707) 884-4005 - FAX (707)884-4625

**SPECIFY REQUESTED RECORDS: Check the box and initial to specify which type of information to be disclosed. (ESPECIFIQUE REGISTROS SOLICITADOS: Marque la casilla y la inicial para especificar qué tipo de información se divulgará).**

- |  |                    |  |                    |
|--|--------------------|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>MEDICAL</b><br>(Médico)                  | _____ Initial here | <input type="checkbox"/> <b>PSYCHIATRIC / BEHAVIORAL HEALTH</b><br>(Salud Psiquiátrica / Conductual) | _____ Initial here |
| <input type="checkbox"/> <b>BILLING</b><br>(Facturación)             | _____ Initial here | <input type="checkbox"/> <b>RESULTS OF HIV BLOOD TEST</b><br>(Resultados de prueba VIH)              | _____ Initial here |
| <input type="checkbox"/> <b>DRUG / ALCOHOL</b><br>(Drogas / Alcohol) | _____ Initial here | <input type="checkbox"/> <b>OTHER INFORMATION</b> (specify below)<br>(Otra Información)              | _____ Initial here |

**IF NEEDED, SPECIFY THE RECORDS TO BE DISCLOSED (SI ES NECESARIO, ESPECIFIQUE LA INFORMACIÓN A SER DIVULGADA):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FOR THE FOLLOWING PURPOSES ONLY (PARA LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS SOLAMENTE):**

**DURATION (DURACIÓN):**

This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until (date) \_\_\_\_\_ or for one year from the date of signature. (Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta (fecha) \_\_\_\_\_ o por un año a partir de la fecha de la firma).

**REVOCACTION (REVOCACIÓN):**

This authorization is also subject to written revocation by the undersigned at any time between now and the disclosure of information by the disclosing party. Written revocation will be effective upon receipt. (Esta autorización también está sujeta a la revocación por escrito del suscrito en cualquier momento entre ahora y la divulgación de información por parte de la parte reveladora. La revocación por escrito entrará en vigencia una vez recibida).

**REDISCLASURE (REDISCLASURE):**

I understand that the requester may not lawfully further use or disclose the health information unless another authorization is obtained from me or unless such use or disclosure is specifically required or permitted by law. (Entiendo que el solicitante no puede utilizar o divulgar legalmente la información de salud a menos que se obtenga otra autorización mía o a menos que tal uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley).

**SIGNATURE (Firma):** \_\_\_\_\_ **DATE (Fecha):** \_\_\_\_\_

Parent / Guardian / Conservator (Padre / Tutor): \_\_\_\_\_