

# COMMUNITY CLINIC, INC.

200 Girard Street, #212 Gaithersburg, MD 20877 301-216-0880	9001 Edmonston Road, #40 Greenbelt, MD 20770 240-790-3327	8210 Colonial Lane Silver Spring, MD 20910 301-585-1250	7676 New Hampshire Ave. #220 Takoma Park, MD 20912 301-431-2972
---	---	---	---

## AUTORIZACION PARA USO/DIVULGACION DE SU INFORMACION MEDICO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ # Record Medico: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la informacion medica del paciente es privada y confidencial. Tambien que CCI (Community Clinic, Inc.) esta comprometido a proteger la privacidad de cada paciente preservando la confidencialidad de la informacion medica. Tambien que CCI puede usar y divulgar la informacion medial personal de cada paciente para ayudar a proveer ayuda medica, para facturacion, pagos y para otras acciones relacionadas con la salud. CCI tiene un documento llamado "Reglamento sobre la practica privada". Contiene informacion mas detallada sobre las polizas y reglamentos que protegen la privacidad de cada paciente. Entiendo que tengo el derecho de leer la notificacion andtes de firmar el contrato.

CCI puede modificar la "notificacion de practica privada" si yo lo requiro, CCI debe proveer la copia mas reciente de la "Notificacion de la practica privada" una vez modificada.

Bajo los terminos de esta autorizacion, yo puedo limitar a CCI acerca de como la informacion del paciente debe ser usada y divulgada para un tratamiento, pagos y otras acciones relacionadas con la salud. Entiendo que CCI no tiene que estar de acuerdo con mis requerimientos. Si CCI no esta de acuerdo con mi requerimiento, entiendo que CCI va a seguir lo acordado en las normas ya establecidas.

Yo puedo concelar esta autorizacion por escrito en cualquier momento de la siguiente forma:

- Firmando y escribiendo la fecha en la forma que CCI me va a entregar que se llama "Revocacion de autorizacion para uso y divulgacion de la informacion medica
- Escribiendo una carta con fecha y forma que debo enviar a CCI. Si escribo la carta, debo especificar que quiero revocar la autorizacion del uso y divulgacion de la informacion medica para tratamientos, pagos y cualquier otro tipo de accion relacionada con la salud.

Si yo revoco esta autorizacion, CCI no tiene la obligacion de proveer mas servicios de salud al paciente.

Mi firma en este documento indica que he tenido la oportunidad de revisar una copia reciente del "Reglamento sobre la practica privada" de CCI.

Mi firma en este documento significa que yo estoy de acuerdo para permitir que CCI use y divulge mi informacion personal de salud para tratamiento, pagos y cualquier otro tipo de accion relacionada con la salud.

\_\_\_\_\_  
Fima del paciente o persona legalmente autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Especifique el parentesco que tiene con el paciente si la autorizacion es firmada por otra persona que no sea el paciente. (padres,representatnes legas, y/o personal, etc.)

\_\_\_\_\_  
CCI Staff Signature

### Community Clinic, Inc. MISIÓN

La Clínica de la Comunidad tiene la misión de proveer atención de la más alta calidad y cuidado básico relacionados con los servicios de salud a las personas que carecen de servicio médico, promocionando y mejorando el acceso a los servicios de salud. CCI dirige esta misión en forma indiscriminada y sensitiva