



Mendocino County Health and Human Services Agency

"Healthy People, Healthy Communities"

Stacey Cryer ❖ Director

Tom Pinizzotto ❖ Assistant Director



Behavioral Health and Recovery Services

Providing Mental Health Services

Ukiah Offices: 1120 S. Dora St. • Ukiah • CA • 95482 • (707) 472-2300 • FAX (707) 472-2306

Fort Bragg Offices: Avila Center • 790-B S. Franklin St. • Fort Bragg • CA • 95437 • (707) 964-4747 • FAX (707) 961-2698

Willits Integrated Services Center: 221-B S. Lenore Ave • Willits • CA • 95490 • (707) 456-3850 • FAX (707) 456-3808

LA AUTORIZACION PARA DIVULGAR O RECIBIR INFORMACION CONFIDENCIAL

Record #: _____

Nombre de Cliente: _____ DOB: _____

AKA/Pariente/Guardián Legal Nombre: _____

Yo soy él: Cliente Guardián Legal Protector

YO AUTORIZO ARCHIVOS/INFORMACION

SEAN ENVIADAS A: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

YO AUTORIZO ARCHIVOS/INFORMACION

VENGAN DE: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

YO AUTORIZO EL INTERCAMBIO DE INFORMACION ENTRE EL PARTIDO ARRIBA.

La información arriba debe incluir:

Archivos sometido al Lanterman-Petris-Short Act (Psychiatric)

SIDA / VIH

Información Medica. Por Favor (especificar) _____

Tiene el derecho a excluir cierto tipo de información.

Por Favor de excluir: _____

Propósito de la necesidad de Archivos: _____

(Se el propósito no esta especificado la divulgación tal vez no será honrado)

Yo entiendo que el que solicita no puede revela aún más de esta información a menos que otra autorización se obtenga de mí, o a menos que tal divulgación se requiere o es permitida por la ley.

Esta autorización es susceptible a la revocación por el firmante abajo en tiempo, y si no más temprano en la escritura, terminará un año de la fecha firmada abajo.

DERECHO A UNA COPIA DE LA AUTORIZACION: Entiendo que tengo un derecho de recibir una copia de esta autorización. Por Favor de tomar una copia después de firmar.

Si, he tomado mi copia de esta forma ya firmada.

Firma de Cliente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Firma del Padre, Guardián Legal, Conservador: _____

Relacion: _____

Si este consentimiento es firmado por el cliente y la liberación requiere la concurrencia por el proveedor, el proveedor debe firmar abajo.

Firma de Proveedor: _____ Titulo: _____ Fecha: _____

A photocopy or facsimile of this release is as valid as the original. Sender of records keeps the original copy.

