

► **Importante:** descargue y guarde una copia de este formulario antes de completarlo. ◀

## Cómo completar el formulario de autorización de registro médico

### ◆ ¿Es usted el/la paciente?

- Responda "Sí" si es el paciente o "No" si es el representante legal o personal del paciente.
  - **NOTA:** Si responde "No", es posible que se le solicite que proporcione documentación que le otorgue la autoridad para solicitar registros médicos en nombre del paciente.

### ◆ Información del paciente

- Ingrese el nombre completo del paciente, la inicial del segundo nombre (si corresponde), la dirección, la fecha de nacimiento, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico del paciente (requerido para fines de contacto)

### ◆ ¿De quién quiere que registremos sus registros?

- Ingrese el nombre del centro de Sutter Health o el nombre completo, la dirección, el número de teléfono y el número de fax del médico de Sutter.

### ◆ ¿A dónde quiere que se envíen los registros?

- Marque la casilla si desea que los registros se envíen solo al paciente. Puede pasar a la siguiente sección.
- Si los registros se enviarán a otra persona que no sea el paciente, ingrese el nombre completo, dirección, ciudad, estado, código postal, número de teléfono del destinatario, fax o correo electrónico del destinatario.

### ◆ ¿Cuál es el motivo para solicitar registros médicos?

- Elija la razón adecuada para solicitar registros médicos. Marque solo uno.

### ◆ ¿Qué fechas de tratamiento de servicio estás buscando?

- Enumere el rango de fechas aproximado para las fechas de servicio del tratamiento que necesita lo mejor que pueda.

### ◆ ¿Qué tipo de registros le gustaría? (Marque todo lo que corresponda).

- **Notas de visitas a la clínica / consultorio médico - Todos los proveedores:** seleccione solo si desea notas de cualquier médico que haya visto.
- **Siguiendo solo proveedores específicos:** seleccione solo si desea notas de la visita de un médico específico. Indíquenos el nombre de su proveedor para agilizar su solicitud.
- **Registros hospitalarios:** seleccione solo si desea registros de hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencias en uno de nuestros hospitales.
- **Vacunas:** seleccione solo si desea registros de vacunación (por ejemplo, vacunas contra la gripe, DTAP, etc.)
- **Resultados de las pruebas de laboratorio:** seleccione solo si desea los resultados de las pruebas de laboratorio más recientes (por ejemplo, análisis de orina, hemograma completo, etc.)
- **Informes de radiología (tomografía computarizada, resonancia magnética, rayos X):** seleccione solo si desea una copia de los resultados de su examen de radiología (formulario impreso). NOTA: Para solicitar imágenes de radiología, visite <https://www.sutterhealth.org/for-patients/request-medical-record> y haga clic en el enlace correspondiente.
- **Informes operativos / Notas de procedimiento:** seleccione solo si desea una copia del informe operativo o la nota del procedimiento para su cirugía o procedimiento más reciente.
- **Registros de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla:** seleccione solo si desea una copia de sus registros más recientes de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla.

# Cómo completar el formulario de autorización

Septiembre de 2020

- **Registros médicos domiciliarios (Sutter Care at Home):** seleccione solo si desea registros relacionados con las visitas a los cuidadores domiciliarios a través de *Sutter Care at Home*.
- **Otro:** seleccione solo si está buscando registros que no figuran en la lista anterior. Puede proporcionar detalles específicos en la siguiente sección.
- ◆ **Describa los registros específicos que solicita para ayudarnos a responder de manera más completa a su solicitud.** (Ejemplo: relacionado con una afección o intento, pruebas de laboratorio específicas, todos los registros disponibles, etc.).
  - Esta sección es opcional. Ingrese los detalles adicionales que desee en relación con los tipos de registros que necesita.
- ◆ **¿Tenemos permiso para divulgar la siguiente información protegida que puede estar contenida en sus registros médicos?**
  - Por favor marque todos los que apliquen. Déjelo en blanco si ninguno de ellos se aplica a usted.
- ◆ **¿Existe una fecha límite para su solicitud?**
  - Responda "Sí" si tiene una fecha límite junto con la fecha en que necesita los registros o responda "No" si no tiene una fecha límite específica.
    - **NOTA:** La ley de California permite a los proveedores de atención médica hasta 15 días para cumplir con su solicitud.
- ◆ **¿Cómo le gustaría que le enviemos los registros? \* Debe seleccionar una (1) opción solamente.**
  - Díganos cómo le gustaría recibir los registros. **Marque solo una opción de la lista.**
- ◆ **Fecha de vencimiento (opcional).** La autorización tendrá vigencia durante un año a partir de la fecha en que la firme, a menos que especifique lo contrario. Tiene derecho a darnos una fecha de vencimiento alternativa. Sin embargo, si lo hace, debe tener una fecha de al menos 15 días en el futuro a partir de la fecha de hoy para tener suficiente tiempo para procesar su solicitud según lo permitido por la ley de California.
- ◆ **Sus derechos según la ley.** Esta sección es solo para su información. Explica sus derechos según las leyes de privacidad estatales y federales.
- ◆ **Firma y fecha.** Se requiere su firma y fecha para que la autorización sea válida. Si está completando la autorización en nombre del paciente, escriba en letra de imprenta su nombre y relación con el paciente.

## Requerimientos adicionales:

- ◆ **Identificación con fotografía:** para su protección, incluya una copia legible de una identificación con fotografía u otra identificación emitida por el gobierno junto con el formulario de autorización para fines de verificación de identidad. Si va a recoger sus registros en persona, se le pedirá que proporcione su identificación con foto en ese momento.
- ◆ **Si es alguien que no sea el paciente:** Además de la identificación con foto, incluya una copia de la documentación que le otorgue la autoridad para solicitar registros médicos del paciente. Las formas de documentación aceptables incluyen: **certificado de defunción**, **papeleo del albacea** (solo para pacientes fallecidos), **poder** (debe incluir una disposición que permita la toma de decisiones médicas y / o la divulgación de registros médicos), **poder para atención médica** (debe incluir una disposición que permite la divulgación de registros médicos), o alguna otra forma de documentación (sujeto a revisión final).

*Gracias por seleccionar a Sutter Health como su proveedor preferido.*

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

**(AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION – Spanish)**

**¿Es usted el paciente?**

Sí  No. Soy el representante legal/personal del paciente\*

\*Nota: Si usted no es el paciente, es posible que se le pida que proporcione documentación de respaldo a fin de verificar que usted está autorizado para realizar esta solicitud en nombre del paciente.

**Información del paciente**

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:			
Teléfono del paciente:		Correo electrónico:	

**¿Quién posee los expedientes que desea solicitar?**

Nombre del proveedor de atención médica o centro hospitalario:	
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:	
Teléfono:	Fax:

**¿A qué lugar desea que se envíen los expedientes?** Nota: Podemos divulgar la información solo a quién usted autorice.

Marque este casillero si los expedientes son para al paciente únicamente. Ninguna medida adicional es necesaria en esta sección.

Nombre del receptor:	
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal del receptor:	
Teléfono del receptor:	Fax o correo electrónico del receptor:

**¿Cuál es el motivo por el cual solicita los expedientes?**

Me mudaré o cambiaré de médicos  Solicitaré una segunda opinión  Veré a un especialista  
 Me enlisté en el servicio militar  Personal Use  Otro motivo: \_\_\_\_\_

**¿Qué fechas de tratamiento son las que necesita?**

Especifique aproximadamente\* un rango de fechas – Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*El rango de fechas no necesita ser exacto. Ingrese el rango de fechas de la mejor manera posible.

**¿Qué tipo de expedientes desea?** Nota: Es posible que algunos expedientes solo estén disponibles en papel o formato PDF.

Notas de la clínica/consultorio médico - TODOS los proveedores   El (los) siguiente(s) proveedor(es) SOLAMENTE: \_\_\_\_\_

Registros del hospital  Vacunas  Resultados del laboratorio  Informes radiológicos (Tomografía computarizada, resonancia magnética, radiografías, etc.)

Informes quirúrgicos/Notas de la operación  Expedientes de terapia del lenguaje/física/ocupacional

Expedientes de atención médica domiciliaria (Sutter Care at Home)  Otro (especifique)

Describa los expedientes específicos que usted está solicitando para poder responder a su pedido de una forma más completa. (Por ejemplo: en relación con una afección o procedimiento quirúrgico, pruebas de laboratorio específicas, todos los expedientes disponibles, etc.)

**¿Tenemos permiso para divulgar la siguiente información que se encuentra protegida \* y que podría estar incluida en su expediente? Marque abajo todos los que correspondan. \*Se podría necesitar una autorización adicional.**

Resultados de pruebas de VIH  Expedientes de uso de sustancias/consumo de drogas  
 Expedientes de salud mental  Resultados de pruebas genéticas



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA****(AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION – Spanish)**

Página 2 de 2

PATIENT LABEL

**¿Hay un plazo para esta solicitud?**

Por ley, tenemos hasta 15 días para cumplir con su solicitud. Sin embargo, si usted tiene algo urgente para su próxima consulta, avisenos. Haremos todo lo posible para respetar su plazo.

Sí. Tengo un plazo. Fecha en la que se necesitan \_\_\_\_\_  No, solo lo antes posible.

**¿Cómo le gustaría que le enviemos los expedientes? \*Debe seleccionar una (1) opción SOLAMENTE**

Portal del paciente (My Health Online)  Correo electrónico (encriptado)  Correo electrónico (no encriptado)\*

Fax (límite de 50 páginas)  CD (encriptado) por correo postal  CD (encriptado) recogido en persona

Podría aplicarse una tarifa por hoja:  En papel por correo postal  Papel recogido en persona

Por una tarifa adicional:  Unidad USB (encriptado) por correo postal  Unidad USB (encriptado) recogido en persona

*\*Enviar la información por correo electrónico no encriptado aumenta el riesgo de que un tercero no autorizado pueda leerla.*

**Fecha de vencimiento**

La presente autorización debe entrar en vigencia de inmediato y debe estar vigente por un (1) año a partir de la fecha con la firma indicada más adelante, a menos que se especifique aquí\*:

*\*Fecha de vencimiento opcional (deben transcurrir, por lo menos, 15 días a partir de la fecha de hoy para ser válido)*

**Sus derechos conforme a la ley**

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará la posibilidad de recibir tratamiento o pago.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe estar por escrito, debe tener mi firma o estar firmada en mi nombre y se debe enviar por correo postal a esta dirección:  
o Sutter Shared Services, Attn: Release of Information, P.O. Box 619091, Roseville, CA 95661
- Mi revocación entrará en vigencia al momento de su recepción; no obstante, no tendrá efecto alguno para los usos y las divulgaciones realizadas mientras mi autorización haya tenido validez.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo inspeccionar y obtener una copia de mi información médica respecto de la cual estoy autorizando el uso o la divulgación durante todo el tiempo que el (los) afiliado(s) antes mencionado(s) mantenga(n) la información.
- El (los) lugar(es) antes mencionado(s) no recibirá(n) compensación por el uso o la divulgación de mi información médica.
- Comprendo que las leyes de California prohíben que los receptores de mi información médica realicen cualquier divulgación posterior de mi información médica a menos que el receptor obtenga otra autorización de parte mía o a menos que la divulgación sea requerida o permitida por ley. Esta protección no se extiende a quienes la reciban fuera del estado de California.

**FIRMA Y FECHA (según lo requiera la ley)**

FIRMA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante legal/personal\*)

\*Si la firma es de cualquier otra persona que no sea el paciente, escriba el nombre en letra imprenta e indique la relación legal con el paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación legal: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Para solicitar **registros de facturación o imágenes radiológicas**, visite <https://www.sutterhealth.org/for-patients/request-medical-record> y haga clic en el enlace respectivo.

## Listado de establecimientos de salud de Sutter (hospitales y clínicas) para solicitar copias de registros médicos

Nombre de la instalación	Dirección de envío	Ciudad	Estado	Código Postal	Fax	Dirección de correo electrónico
Alta Bates Comprehensive Cancer Center, <b>Berkeley</b>	2001 Dwight Way	Berkeley	CA	94704	(510) 204-2043	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Alta Bates Summit Medical Center – Ashby & Herrick Campuses, <b>Berkeley</b>	2450 Ashby Ave - Room 1140	Berkeley	CA	94705	(510) 841-8818	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Alta Bates Summit Medical Center – Summit & Providence Campuses, <b>Oakland</b>	350 Hawthorne Ave.	Oakland	CA	94609	(510) 655-8114	<a href="mailto:absmc-summithimroiteam@sutterhealth.org">absmc-summithimroiteam@sutterhealth.org</a>
California Pacific Medical Center – California/Davies/Pacific/Van Ness Campuses, <b>San Francisco</b>	3700 California St. Ste. 1570	San Francisco	CA	94118	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
California Pacific Medical Center – St. Luke's/Mission Bernal Campus, <b>San Francisco</b>	3555 Cesar Chavez St.	San Francisco	CA	94110	(916) 736-5499	<a href="mailto:WBMBHIM@sutterhealth.org">WBMBHIM@sutterhealth.org</a>
California Pacific Medical Center – Transplant Program, <b>San Francisco</b>	3883 Airway Dr. Ste. 320	Santa Rosa	CA	95403	(707) 573-5407	<a href="mailto:spmfhimsr@sutterhealth.org">spmfhimsr@sutterhealth.org</a>
California Pacific Medical Center – Whitney Clinic, <b>San Francisco</b>	1625 Van Ness St. - 3rd Floor	San Francisco	CA	94109	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Eden Medical Center Outpatient Rehabilitation Services, <b>San Leandro</b>	14207 14th St.	San Leandro	CA	94578	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Eden Medical Center, <b>Castro Valley</b>	20103 Lake Chabot Rd.	Castro Valley	CA	94546	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Kalmanowitz Child Development Center, <b>San Francisco/San Rafael</b>	4000 Civic Center Dr. Ste. 210	San Rafael	CA	94903	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Lafayette Women's Health, <b>Lafayette</b>	3595 Mt. Diablo Blvd.	Lafayette	CA	94549	(510) 841-8818	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Los Banos Rural Health Clinic, <b>Los Banos</b>	1253 I Street	Los Banos	CA	93635	(916) 736-5449	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Memorial Hospital Los Banos, <b>Los Banos</b>	520 I Street	Los Banos	CA	93635	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Memorial Medical Center, <b>Modesto</b>	1700 Coffee Rd.	Modesto	CA	95355	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Menlo Park Surgical Hospital, <b>Menlo Park</b>	570 Willow Rd.	Menlo Park	CA	94025	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Mills Peninsula Medical Center, <b>Burlingame</b>	1501 Trousdale Drive	Burlingame	CA	94010	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Mills Health Center, <b>San Mateo</b>	100 S. Mateo Dr.	San Mateo	CA	94401	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Novato Community Hospital, <b>Novato</b>	180 Rowland Way	Novato	CA	94945	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Novato Community Hospital: Physical Therapy & Sports Fitness, <b>Novato</b>	100 Rowland Way	Novato	CA	94945	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Palo Alto Medical Foundation (PAMF) Clinics/Doctor's Offices – <b>Camino Division</b>	701 E. El Camino Real	Mountain View	CA	94040	(408) 524-5034	<a href="mailto:PAMFROIDept@sutterhealth.org">PAMFROIDept@sutterhealth.org</a>
Palo Alto Medical Foundation (PAMF) Clinics/Doctor's Offices – <b>Mills Division</b>	701 E. El Camino Real	Mountain View	CA	94040	(408) 524-5034	<a href="mailto:PAMFROIDept@sutterhealth.org">PAMFROIDept@sutterhealth.org</a>
Palo Alto Medical Foundation (PAMF) Clinics/Doctor's Offices – <b>Palo Alto &amp; Alameda Divisions</b>	795 El Camino Real	Palo Alto	CA	94301	(650) 838-1606	<a href="mailto:PAMFROIDept@sutterhealth.org">PAMFROIDept@sutterhealth.org</a>
Palo Alto Medical Foundation (PAMF) Clinics/Doctor's Offices – <b>Santa Cruz Division</b>	2880 Soquel Ave. Ste. 1	Santa Cruz	CA	95062	(831) 479-6636	<a href="mailto:PAMFSZROIDept@sutterhealth.org">PAMFSZROIDept@sutterhealth.org</a>
San Mateo Hand Therapy Clinic, <b>San Mateo</b>	101 N. El Camino Real #1	San Mateo	CA	94401	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Amador Hospital, <b>Jackson</b>	200 Mission Blvd.	Jackson	CA	95642	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Auburn Faith Hospital, <b>Auburn</b>	11815 Education St.	Auburn	CA	95602	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Care At Home (SCAH) / Sutter Visiting Nurses Association & Hospice (SVNAH), <b>Various</b>	Various	Various	CA	--	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Center for Psychiatry, <b>Sacramento</b>	7700 Folsom Blvd.	Sacramento	CA	95826	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Coast Clinics/Doctor's Offices, <b>Crescent City</b>	780 East Washington Blvd. Ste. 202	Crescent City	CA	95531	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Coast Health Center, <b>Brookings OR</b>	555 5th St. Ste. 2	Brookings	OR	97415	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Coast Hospital, <b>Crescent City</b>	800 East Washington Blvd.	Crescent City	CA	95531	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Davis Hospital, <b>Davis</b>	2000 Sutter Place	Davis	CA	95616	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>

## Listado de establecimientos de salud de Sutter (hospitales y clínicas) para solicitar copias de registros médicos

Nombre de la instalación	Dirección de envío	Ciudad	Estado	Código Postal	Fax	Dirección de correo electrónico
Sutter Delta Medical Center, <b>Antioch</b>	3901 Lone Tree Way	Antioch	CA	94509	(925) 779-3009	<a href="mailto:sdmc-himreleaseofinformation@sutterhealth.org">sdmc-himreleaseofinformation@sutterhealth.org</a>
Sutter East Bay Medical Foundation (SEBMF) Clinics/Doctor's Offices, <b>Albany/Antioch/Berkeley/Brentwood/Castro Valley</b>	2320 Woosley St. Ste. 301	Berkeley	CA	94705	(510) 549-9319	<a href="mailto:ebroidept@sutterhealth.org">ebroidept@sutterhealth.org</a>
Sutter Gould Medical Foundation (SGMF) Clinics/Doctor's Offices – <b>Modesto</b>	600 Coffee Rd.	Modesto	CA	95350	(209) 526-7146	<a href="mailto:SGMFROI@sutterhealth.org">SGMFROI@sutterhealth.org</a>
Sutter Gould Medical Foundation (SGMF) Clinics/Doctor's Offices – <b>Stockton</b>	2505 W. Hammer Lane	Stockton	CA	95209	(209) 473-9388	<a href="mailto:SGMFROI@sutterhealth.org">SGMFROI@sutterhealth.org</a>
Sutter Lakeside Clinics/Doctor's Offices, <b>Lakeport</b>	5196 Hill Road East Ste. 300	Lakeport	CA	95453	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Lakeside Hospital, <b>Lakeport</b>	5176 Hill Road East	Lakeport	CA	95463	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Maternity & Surgery Center Santa Cruz, <b>Santa Cruz</b>	2900 Chanticleer Ave.	Santa Cruz	CA	95065	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Medical Center Sacramento (Sutter General/Memorial Hospital), <b>Sacramento</b>	2825 Capitol Ave.	Sacramento	CA	95816	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Medical Foundation (SMF) Clinics/Doctor's Offices, Davis/West <b>Sacramento/Winters/Woodland</b>	1014 N. Market Blvd #20	Sacramento	CA	95834	(855) 421-9633	<a href="mailto:SMFROIDept@sutterhealth.org">SMFROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Medical Foundation (SMF) Clinics/Doctor's Offices, Citrus Heights/Elk <b>Grove/Folsom/Rancho Cordova/Sacramento</b>	1014 N. Market Blvd #20	Sacramento	CA	95834	(855) 421-9633	<a href="mailto:SMFROIDept@sutterhealth.org">SMFROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter North Medical Foundation (SNMF) Clinics/Doctor's Offices, <b>Yuba City</b>	1014 N. Market Blvd #20	Sacramento	CA	95834	(855) 421-9633	<a href="mailto:SMFROIDept@sutterhealth.org">SMFROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Pacific Medical Foundation (SPMF) Clinics/Doctor's Offices, <b>Healdsburg/Novato/Petaluma/Rohnert Park/San Francisco/Santa Rosa</b>	3883 Airway Dr. Ste. 320	Santa Rosa	CA	95403	(707) 573-5407	<a href="mailto:spmfhmsr@sutterhealth.org">spmfhmsr@sutterhealth.org</a>
Sutter Roseville Medical Center, <b>Roseville</b>	One Medical Plaza	Roseville	CA	95661	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Santa Rosa Infusion Center, <b>Santa Rosa</b>	30 Mark West Springs Rd.	Santa Rosa	CA	95404	(707) 541-9107	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Santa Rosa Bariatric Clinic, <b>Santa Rosa</b>	4729A Hoen Ave	Santa Rosa	CA	95405	(707) 541-9107	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Santa Rosa Regional Hospital, <b>Santa Rosa</b>	30 Mark West Springs Rd.	Santa Rosa	CA	95404	(707) 541-9107	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Solano Medical Center, <b>Vallejo</b>	300 Hospital Dr.	Vallejo	CA	94589	(707) 554-5110	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Solano Medical Foundation (SSMF) Clinics/Doctor's Offices, <b>Dixon/Fairfield/Vacaville/Vallejo</b>	1014 N. Market Blvd #20	Sacramento	CA	95834	(855) 421-9633	<a href="mailto:SMFROIDept@sutterhealth.org">SMFROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Tracy Community Hospital, <b>Tracy</b>	1420 N. Tracy Blvd.	Tracy	CA	95376	(916) 736-5499	<a href="mailto:S3ROIDept@sutterhealth.org">S3ROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Walk-In Care Clinics – Bay Area, <b>Aptos/Concord/Dublin/Milpitas/Mountain View/Novato/Oakland/Petaluma/San Francisco/San Jose/San Ramon/Santa Clara/Santa Rosa/Walnut Creek</b>	Various	Various	CA	--	--	<a href="mailto:PAMFROIDept@sutterhealth.org">PAMFROIDept@sutterhealth.org</a>
Sutter Walk-Care Clinics – Valley Area, <b>Citrus Heights/Davis/El Dorado Hills/Elk Grove/Folsom/Rancho Cordova/Roseville/Sacramento/West Sacramento</b>	Various	Various	CA	--	--	<a href="mailto:SMFROIDept@sutterhealth.org">SMFROIDept@sutterhealth.org</a>
Transplant Outreach Clinics, <b>Multiple Locations</b>	3883 Airway Dr. Ste. 320	Santa Rosa	CA	95403	(707) 573-5407	<a href="mailto:spmfhmsr@sutterhealth.org">spmfhmsr@sutterhealth.org</a>