



# Autorización para divulgar información de salud

For OMC Staff Use Only
Chart/MR #: _____
Released by: _____
Date released: _____

**Atención: Si alguna sección no está completa, este formulario no tendrá validez.**

<b>Paciente:</b>	Nombre _____		
	Dirección _____		
	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
	Fecha de nacimiento _____	Número de Seguro Social _____	Teléfono _____
<b>Información de salud entregada por:</b>	<b>Por medio de esta solicitud autorizo al siguiente centro/proveedor para dar mi información de salud:</b>		
	Nombre _____		Oficina Específica _____
	Dirección _____		Teléfono/Fax _____
	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
<b>Información de salud entregada a:</b>	<b>Autorizo compartir mi información de salud con:</b>		
	Nombre _____		Atención _____
	Dirección _____		Teléfono/Fax _____
	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
<b>Información de salud que será compartida:</b>	<b>Aviso: Si las fechas no se proporcionan, sólo la última visita será divulgada:</b>		
	_____ Copias de las notas clínicas	a partir de (fecha) _____	hasta (fecha) _____
	_____ Copias del expediente del hospital	a partir de (fecha) _____	hasta (fecha) _____
	_____ Expediente psicológico/psiquiátrico	a partir de (fecha) _____	hasta (fecha) _____
	_____ Informes de laboratorio	a partir de (fecha) _____	hasta (fecha) _____
	_____ Informes de radiografía	a partir de (fecha) _____	hasta (fecha) _____
	_____ Rayos X	a partir de (fecha) _____	hasta (fecha) _____
	_____ Prueba/Tratamiento del VIH/SIDA	a partir de (fecha) _____	hasta (fecha) _____
	_____ Evaluación/Tratamiento de Alcohol/Abuso de Drogas	a partir de (fecha) _____	hasta (fecha) _____
_____ Otro (Especifique por favor) _____			
<b>Motivo para compartir información:</b>	_____ Personal	_____ Incapacidad	_____ Mudanza a otro pueblo
	_____ Consulta/Segunda Opinión	_____ Solicitud de seguros	_____ Cambio de seguro
	_____ Tratamiento	_____ Legal	_____ Otro
<b>Revocación:</b>	Entiendo que tengo el derecho de revocar mi autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Health Information Department. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha dado como respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley provee a mi asegurador el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza. Entiendo que esta autorización tendrá efecto por 12 meses a partir de la fecha en que se firmó a menos que yo la revoque por escrito y es válida solamente para la información que se especifica más arriba. Si se solicita información adicional, se requerirá una nueva autorización. OMC sólo divulgará información fechada hasta la fecha de la firma.		
<b>Autorización:</b>	Entiendo que la autorización para compartir esta información es voluntaria. Entiendo que puedo inspeccionar o solicitar que se me dé una copia de la información que será compartida o usada, conforme a CFR 164.524. Entiendo que cualquier información compartida conlleva el potencial para una nueva revelación no autorizada y la información no podrá ser protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la revelación de mi información de salud, puedo ponerme en contacto con el Oficial de Privacidad de Olmsted Medical Center. Entiendo que el Olmsted Medical Center no basará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para beneficios sobre si firmo o no la autorización. <b>Favor de permitir hasta 30 días para el proceso de este formulario.</b>		
	Firma del paciente/padre o madre/tutor (si tiene 18 años o más debe firmar) _____		Fecha _____
	Parentesco con el paciente/Autoridad (por favor presente documentación de autoridad) _____		

### Instalaciones de Olmsted Medical Center

Rochester Southeast  
210 Ninth Street SE  
Rochester, MN 55904  
507.288.3443

Hospital  
1650 Fourth Street SE  
Rochester, MN 55904  
507.529.6600

Byron  
Chatfield  
Pine Island

Plainview  
Preston  
Rochester Northwest  
St. Charles

Spring Valley  
Stewartville  
Wanamingo

Translated Versions: Consent – Authorization for Release of Information: 1032407 – English 2080403 – Spanish 2080503 - Somali