



**“OMC MyChart” Autorización  
para Adultos para Divulgación  
de Información de Salud**

**For OMC Staff Use Only:**

Patient MRN: \_\_\_\_\_

Proxy Create Date/By: \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Apt #:** \_\_\_\_\_  
(Calle)

\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimien:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

Autorizo a Olmsted Medical Center a divulgar mi información de salud contenida en mi registro de “OMC MyChart” con mi apoderado designado, \_\_\_\_\_  
(inserte el nombre del apoderado) utilizando “OMC MyChart”. Este formulario de autorización no permite divulgar la información a mi apoderado designado por otros métodos o de otros formularios. Entiendo que esta información puede incluir registros relacionados con la evaluación o el tratamiento de la salud de comportamiento o mental, el abuso de alcohol y drogas y el VIH/SIDA

Esta autorización es válida por dos años a partir de la fecha de la firma, o en un período de tiempo diferente provisto por la ley, o en la fecha/evento aquí especificado: \_\_\_\_\_.

Entiendo que tengo el derecho de revocar mi autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo completando el formulario de “Revocación de Autorización para Divulgación de Información Médica” de OMC o enviando mi solicitud de revocación por escrito a Olmsted Medical Center, a la atención de: “Health Information Management, 210 Ninth Street SE, Rochester, MN 55904.” Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que si revoco esta autorización, el acceso de mi apoderado designado a mi expediente de OMC MyChart se desactivará.

Entiendo que designar un apoderado para “OMC MyChart” es completamente voluntario. Entiendo que no estoy obligado a designar un apoderado y que no tengo la obligación de proporcionar esta autorización. Entiendo que si no concedo esta autorización, no es permitido para OMC proporcionar a mi apoderado designado acceso a mi información de salud a través de “OMC MyChart”. Entiendo que la divulgación de cualquier información conlleva la posibilidad de que se la vuelva a divulgar sin autorización, y que la información podría no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre divulgaciones de mi información de salud, puedo contactar al funcionario de privacidad de la información de OMC. Entiendo que OMC no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios basado en si firmo o no esta autorización. Entiendo que este es un documento legal y al firmar, acepto que entiendo y acepto los términos en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Apoderado Autorizado

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Apoderado Autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente o Descripción de la Autoridad Legal  
(Se requiere la Documentación de la Autoridad Legal - enviar por favor.)

**Remitir el formulario completo a Olmsted Medical Center, Attn: Health Information Mgmt,  
210 Ninth Street SE, Rochester, MN 55904.**

Translated Versions – Consent – OMC MyChart Adult Authorization for Release of Health Information  
English – 1012009 Spanish – 1013109 Somali – 1020109