



# Autorización para la divulgación de la Información de Salud

<b>For OMC Staff Use Only:</b>	
Request ID # _____	
Patient MR#: _____	
Release Date / By: _____	
<input type="checkbox"/> Paper	<input type="checkbox"/> Patient Portal

**IMPORTANTE:** Este es un documento legal, por favor llene cada sección para asegurar que nosotros podamos tramitar su solicitud.

<b>Nombre del Paciente:</b> _____	<b>Nombre Anterior (es):</b> _____
<b>Dirección:</b> _____ <small>(Calle)</small>	<b>Apt #:</b> _____
_____ <b>Fecha de Nacimiento:</b> _____	<b>Tel:</b> _____
<small>(Ciudad, Estado, Código Postal)</small>	

<b>Divulgar la Información de:</b>	<input type="checkbox"/> Olmsted Medical Center (OMC- todas las localidades), 210 Ninth Street SE, Rochester, MN 55904 <input type="checkbox"/> Otro: _____ Calle: _____ Tel: _____ Fax: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Divulgar la Información A:</b>	<input type="checkbox"/> Olmsted Medical Center (OMC), 210 Ninth Street SE, Rochester, MN 55904 <input type="checkbox"/> Otro: _____ Calle: _____ Tel: _____ Fax: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Metodo de Divulgacion:</b>	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recoger (le llamaremos cuando esté listo) <input type="checkbox"/> Fax (Solo urgente – puede haber limitaciones) <input type="checkbox"/> Portal de Pacientes (puede haber limitaciones) <input type="checkbox"/> Solo archivo – los registros no son necesarios en este momento
-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>La Información de Salud a ser divulgada:</b>	<b>Fecha (s) Solicitadas desde:</b> _____ <b>hasta:</b> _____ <small>(Fecha específica o periodo de tiempo preferido)</small> <i>Sin fecha (s) específica, solo se enviaran los documentos más recientes de los artículos que están marcados abajo</i> <b>Todos los registros médicos para:</b> <input type="checkbox"/> Vistas Clínicas <input type="checkbox"/> Visita al Hospital (paciente interno y externo) <b>O específicamente/Solamente:</b> <input type="checkbox"/> Notas de la Visita Clínica <input type="checkbox"/> Laboratorio/Patología <input type="checkbox"/> Medicina del Sueño <input type="checkbox"/> Registros de Facturación (enviados por separado) <input type="checkbox"/> Notas del Departamento de Emergencia <input type="checkbox"/> Registro de Vacunación <input type="checkbox"/> Expediente Prenatal <input type="checkbox"/> Informe Radiológico <input type="checkbox"/> Informe Operatorio <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Imágenes Radiológicas (enviadas por separado) <input type="checkbox"/> Otro (Favor especificar): _____ Entiendo que los expedientes a ser divulgados pueden incluir información relacionada con la evaluación o el tratamiento de la salud mental y el comportamiento, el abuso de alcohol y drogas, y el VIH/SIDA. Entiendo que esta autorización divulga los expedientes para las fechas arriba solicitadas y pueden incluir expedientes preparados o que han sido obtenidos por el establecimiento con anterioridad a la fecha de la firma en esta autorización y/o pueden incluir expedientes preparados u obtenidos por el establecimiento después de la fecha de la firma en esta autorización.
-------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Motivo de la Divulgación:</b>	<input type="checkbox"/> Consulta/ Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Mudanza a otra ciudad <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>La caducidad de la Autorización:</b>	Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha en que fue firmada o un periodo distinto provisto por la ley o en la fecha /evento especificado aquí: _____.
-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Revocación:</b>	Entiendo que tengo el derecho a revocar mi autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al departamento de Información de Salud ( <i>Health Information Department</i> ). Entiendo que la revocación no se empleará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no afectará a la compañía de mi seguro cuando la ley provea a mi asegurador con el derecho a impugnar una reclamación bajo mi póliza.
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Autorización:</b>	Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información es voluntaria. Entiendo que yo puedo inspeccionar o me pueden entregar una copia de la información a ser usada o divulgada según lo dispuesto en CRF 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las regulaciones federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre las divulgaciones de la información de mi salud, puedo contactar al oficial de privacidad del establecimiento. Entiendo que el establecimiento no pondrá condiciones sobre el tratamiento, el pago, la inscripción, ni la elegibilidad para los beneficios si yo firmo esta autorización. Entiendo que este es un documento legal y que al firmarlo estoy de acuerdo que entiendo y acepto los términos en este formulario:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">Firma del Paciente o Representante Autorizado</div> <div style="width: 45%;">Fecha de la Firma</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">Nombre Impreso del Representante Autorizado</div> <div style="width: 45%;">Parentesco con el Paciente o la Descripción de la Autoridad Legal <b>(documentación de autoridad legal requerida, por favor presentar)</b></div> </div>
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Presentar este formulario completado en cualquiera de las ubicaciones del OMC, o enviar por correo a Olmsted Medical Center, 1650 Fourth Street SE, Rochester, MN 55904, o por fax al 507.287.2777, con Atención a la divulgación de información (Release of Information).**

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