



# Autorización para divulgar información de la salud protegida

**TO BE  
SCANNED**

Form content retained in medical record. Route to scanning.

Instrucciones: Para ser una autorización válida se deben completar todas las secciones.

1. Nombre legal (Apellido, primer, segundo)		Nombre previo	Nº de Exp Médico
Domicilio (Calle)		Número de teléfono	Número de celular
Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento

<b>2. Revelar información de</b> Mayo Clinic Health System Atención: _____ <input type="checkbox"/> 300 State Avenue, Faribault, MN 55021 Fax: 507-422-0902 <input type="checkbox"/> Crossroads Building: 1575 20th St. NW, Fairbault, MN 55021 <input type="checkbox"/> 225 Huseh Street, Kenyon, MN 55946 <input type="checkbox"/> 2200 26th Street NW, Owatonna, MN 55060 Fax: 507-422-0902 <input type="checkbox"/> Otro (Especifique instalación/dept/individuo & dirección a continuación y, si los sabe, teléfono/fax.) _____ _____ _____	<b>3. Revelar información a</b> Mayo Clinic Health System Atención: _____ <input type="checkbox"/> 300 State Avenue, Faribault, MN 55021 Fax: 507-422-0902 <input type="checkbox"/> Crossroads Building: 1575 20th St. NW, Fairbault, MN 55021 <input type="checkbox"/> 225 Huseh Street, Kenyon, MN 55946 <input type="checkbox"/> 2200 26th Street NW, Owatonna, MN 55060 Fax: 507-422-0902 <input type="checkbox"/> Otro (Especifique instalación/dept/individuo & dirección a continuación y, si los sabe, teléfono/fax.) _____ _____ _____
---	--

**4. Propósito de la divulgación**

<input type="checkbox"/> Tratamiento/continuación de cuidado	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Propósitos legales	<input type="checkbox"/> Transferencia de cuidado
<input type="checkbox"/> Solicitud de seguro médico	<input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad	<input type="checkbox"/> Pago del reclamo de seguro médico	<input type="checkbox"/> No se necesitan expedientes médicos ahora - mantener archivados
<input type="checkbox"/> Otro _____			

**5. Tipo de divulgación**  Verbal (ninguna copia)  Copia impresa  Repaso del expediente (ninguna copia)

<b>6. Información a divulgar</b>	<b>Fecha en que se requiere la información</b>
<b>Fechas de servicio (Opcional) De A</b> <input type="checkbox"/> 2 años de antecedentes <input type="checkbox"/> Formularios <input type="checkbox"/> Medicamentos/alergias <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas <input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Notas clínicas <input type="checkbox"/> Notas del hospital <input type="checkbox"/> Terapia física/ocupacional/habla <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> ECG/Cardio/Ecocardiografía <input type="checkbox"/> Registro de vacunas <input type="checkbox"/> Consulta psicológica <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología _____ <input type="checkbox"/> Notas de la visión <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes psicológicos <input type="checkbox"/> Informes de radiología _____	

**7. Divulgar vía:**  Paciente  Correo  Fax  Otro \_\_\_\_\_

**8.** Entiendo que la información que será divulgada puede incluir expedientes relacionados a la atención para el comportamiento y/o salud mental, tratamiento para el abuso del alcohol y drogas, VIH/SIDA, y genética. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento excepto en la medida que Mayo Clinic Health System ya haya realizado alguna acción basada en dicha autorización. La revocación puede ser hecha por escrito a : Mayo Clinic Health System, Release of Information Dept, 404 Fountain St., Albert Lea MN 56007 El proveedor/instalación no pondrá como condición para dar tratamiento si firmo o no la autorización. **De acuerdo a la ley estatal, tal vez me cobren las copias.** La información usada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede ser sujeta a ser divulgada nuevamente por el destinatario y puede ya no estar protegida por la ley federal.

Esta autorización se vencerá en un año a no ser que la persona u organización a quién se le autorizó la divulgación es un proveedor de la salud, o en \_\_\_\_\_ (fecha específica de menos de un año)

**9.**  Yo autorizo la divulgación de información médica arriba mencionada que ocurra después de la fecha de mi firma por un (1) año.

**10. ATENCIÓN:** Este es un documento legal. Favor de leer con cuidado. Al firmarlo, usted está de acuerdo que comprende y acepta las condiciones en este formulario.

- Si el paciente es de 18 años o mayor, el paciente debe firmar y poner la fecha en el formulario.
- Si el paciente es de 18 años o mayor y es incapaz de firmar, un sustituto legalmente autorizado puede firmar y poner la fecha en el formulario. Por favor indique su autoridad legal e incluya documentación de su relación:  
 Tutor legal o curador  Agente del cuidado de la salud (Poder notarial para el cuidado de la salud)
- Si el paciente es de 17 años o menor, el padre/madre o tutor legal debe firmar y poner la fecha en el formulario, a menos que exista una excepción bajo la ley estatal o federal. Por favor indique su relación. **Al firmar, por medio de la presente, declaro que mis derechos de patria potestad no han sido revocados por un tribunal.**  Padre  Tutor legal

Firma (Requerida)	Fecha firmada (Requerida) (mes, día, año)
Nombre en letra de imprenta de la persona que firmó (Si no es el paciente)	

