

# Autorización para divulgar información protegida de salud

Office use only MRN#: \_\_\_\_\_

Completed by/date: \_\_\_\_\_

Nombre legal del paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre(s) anterior(es): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**1. Divulgar mis expedientes que se encuentran en:** (*¿Quién tiene sus expedientes? Indique el hospital o clínica específica.*)

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**2. Divulgar los expedientes seleccionados a continuación para esta afección o fecha(s) de tratamiento:** \_\_\_\_\_  
(*Si no escribe nada, divulgaremos los expedientes más recientes correspondientes a dos años.*)

- Conjunto de expedientes de la clínica pertinente (visitas al consultorio, análisis de laboratorio/radiografías, medicamentos, vacunas)
- Conjunto de expedientes del hospital pertinente (informes de atención de urgencia, operativos o de alta, antecedentes y exámenes físicos, análisis de laboratorio/radiografías)
- Registros de vacunas  Radiografías/placas o CD de radiología  Informes de atención de urgencia/emergencia
- Informes de ECG/ecocardiografía  Informes patológicos/de laboratorio  Informes de radiología/radiografías
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**3. Divulgar mis expedientes a:** (*¿Quién necesita sus expedientes? ¿A dónde desea que se envíe la información?*)

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**4. Formato/medio de entrega:**  Copia impresa  CD  Correo postal  Fax  Lo recogerá \_\_\_\_\_

Se necesita a más tardar (fecha): \_\_\_\_\_

**5. Objetivo:**  Continuar con la atención  Seguro  Uso personal  Incapacidad  Asuntos legales  Otro \_\_\_\_\_

**6. Comprendo lo siguiente:**

- A excepción de las notas de psicoterapia (que no se incluyen en el expediente médico), la divulgación de los expedientes indicados en la sección 2 podría incluir detalles del tratamiento para salud mental, farmacodependencia, anemia falciforme, enfermedades genéticas y SIDA/VIH. **Si recibí tratamiento para alguna de estas afecciones, no deseo que se divulguen los siguientes expedientes:** \_\_\_\_\_
- Si cambio de opinión, puedo escribir a la dirección que se indica en la sección 1 para detener la divulgación de mis expedientes. Esto no se aplicará a los expedientes que ya se hayan divulgado.
- Una vez que se divulgan los expedientes al nombre indicado arriba, la clínica o el hospital que divulgan mis expedientes no pueden impedir que se compartan con un tercero. En esa instancia, los expedientes podrían dejar de contar con la protección de las leyes estatales y federales sobre la privacidad.
- Autorizo la divulgación de expedientes para consultas futuras, a partir de la fecha en que firmo este formulario hasta el: \_\_\_\_\_.
- Se podría aplicar una tarifa por la divulgación de estos expedientes.
- Una fotocopia de este formulario completo y firmado se considera válida si no se modifica.
- Aunque no firme este formulario, seguiré recibiendo tratamiento médico, a menos que el tratamiento sea parte de un proyecto de investigación.
- Este formulario caducará un año después de que lo firme, o el día \_\_\_\_\_, salvo que se den ciertas situaciones estipuladas por ley.

Fecha

Hora

Firma del paciente o persona autorizada

*En caso de ser la persona autorizada, escriba el nombre en letra de imprenta y la descripción de la autoridad para firmar por el paciente (se podría requerir evidencia)*

## Indicaciones para completar el formulario de autorización para divulgar la información protegida de salud

Complete todo el formulario de manera prolija. Use letra clara.

**Sección de información del paciente.** Es sobre el paciente que necesita los expedientes médicos. Se debe completar en su totalidad.

**Sección 1: lugar de donde se divulgan los expedientes.** Escriba cuál es la clínica, el hospital o el centro médico que tiene los expedientes médicos.

### Sección 2: expedientes que se divulgarán:

- **Para la afección o fecha de tratamiento.** Escriba la afección o las fechas de tratamiento.
- Marque la casilla que se encuentra al lado de la información que quiere que se divulgue. Marque la opción "otro" para solicitar expedientes que no estén en la lista. Especifique qué expedientes necesita.

**Sección 3: quién recibirá mis expedientes.** Escriba su nombre o el de un tercero, centro de atención médica u organización que necesite los expedientes médicos. (Tenga en cuenta lo siguiente: la política de Chippewa County-Montevideo Hospital & Medical Clinic establece que NO se envíe por fax ni correo electrónico la información de pacientes a menos que sea por necesidad directa de atención para el paciente o por solicitud del paciente, ya sea a un hospital o una clínica.)

**Sección 4: medio de entrega/formato.** Indique la manera en que prefiere que se preparen y se entreguen los expedientes. En caso de tener más preguntas, llame al 320-321-8280.

**Sección 5: objetivo.** Indique por qué necesita una copia de los expedientes. Esto permitirá hacer un seguimiento de su solicitud y asignarle prioridad, de ser necesario. También nos informa quién podría ser responsable de los costos de los expedientes (cuando corresponda).

**Sección 6: comprendo lo siguiente.** Lea los elementos de la lista. El presente consentimiento caducará en 12 meses a menos que usted escriba otra fecha. Escribanos para **suspender** o **revocar** (retirar) su consentimiento. Firme el formulario y escriba fecha y hora. Si firma el documento a nombre del paciente, se podría requerir evidencia de su autoridad legal. Ejemplos de evidencia: poder legal para atención médica, instrucciones anticipadas sobre la atención y documentos de custodia legal designada por el tribunal.

### Información de contacto para la divulgación de información:

#### CCM Health

*(Se incluyen las clínicas satélite: Clara City, Clarkfield y Milan)*

Health Information Management (Administración de la información de salud)

824 North 11th Street

Montevideo, MN 56265

Teléfono: 320-269-8877

Fax: 320-321-8281

**PÁGINA EXCLUSIVAMENTE INFORMATIVA**