

### AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

<b>Información del paciente:</b>	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre anterior: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ <u>Uso interno: MRN N.º</u>														
<b>Autorizado:</b> (¿Quién tiene la información que desea divulgar?)	Organización/Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fax: _____														
<b>Destinatario:</b> (¿Dónde desea que se envíe la información?)	Organización/Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fax: _____ Relación con el paciente (de haberla) _____														
<b>Método de envío:</b>	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax: _____ <input type="checkbox"/> En persona <b>(se requerirá una identificación con foto)</b> (Si otra persona va a recoger los documentos, escriba su nombre aquí: _____ <input type="checkbox"/> Solicitud urgente <input type="checkbox"/> Fecha en que se necesita: _____														
<b>Formato de los documentos:</b>	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Electrónico <input type="checkbox"/> MyChart (en inglés) ¿Qué es Mychart? Consulte: <a href="https://mychart.centracare.com/mychart/default.asp?mode=stdfile&amp;option=faq">https://mychart.centracare.com/mychart/default.asp?mode=stdfile&amp;option=faq</a>														
<b>Información que se divulgará:</b> (indique solo la información que está autorizando a divulgar)	Fechas de servicio: Desde: _____ Hasta: _____ <table border="0"> <tr> <td>_____ Informes operativos</td> <td>_____ Notas de enfermería</td> </tr> <tr> <td>_____ Informe de alta</td> <td>_____ Informes de la sala de emergencias</td> </tr> <tr> <td>_____ Informes de consulta</td> <td>_____ Rehabilitación (PT/OT/ST)</td> </tr> <tr> <td>_____ Informes de antecedentes y físicos</td> <td>_____ Informes de rayos X/Radiología _____ Láminas de rayos X</td> </tr> <tr> <td>_____ Informes de laboratorio/Patología</td> <td>_____ ECG/Eco/Cardiología</td> </tr> <tr> <td>_____ Notas de progreso</td> <td>_____ Registros de medicamentos</td> </tr> <tr> <td>_____ Otro (especificar)</td> <td>_____ Facturación</td> </tr> </table> *Si no se especifican fechas, se proporcionará la información médica de un año.	_____ Informes operativos	_____ Notas de enfermería	_____ Informe de alta	_____ Informes de la sala de emergencias	_____ Informes de consulta	_____ Rehabilitación (PT/OT/ST)	_____ Informes de antecedentes y físicos	_____ Informes de rayos X/Radiología _____ Láminas de rayos X	_____ Informes de laboratorio/Patología	_____ ECG/Eco/Cardiología	_____ Notas de progreso	_____ Registros de medicamentos	_____ Otro (especificar)	_____ Facturación
_____ Informes operativos	_____ Notas de enfermería														
_____ Informe de alta	_____ Informes de la sala de emergencias														
_____ Informes de consulta	_____ Rehabilitación (PT/OT/ST)														
_____ Informes de antecedentes y físicos	_____ Informes de rayos X/Radiología _____ Láminas de rayos X														
_____ Informes de laboratorio/Patología	_____ ECG/Eco/Cardiología														
_____ Notas de progreso	_____ Registros de medicamentos														
_____ Otro (especificar)	_____ Facturación														
<b>Divulgación especial:</b>	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/> Dependencia química <input type="checkbox"/> Salud mental (para las notas de psicoterapia, se requiere una autorización por separado)														
<b>Motivo de la divulgación:</b>	<input type="checkbox"/> Continuación de atención <input type="checkbox"/> Abogado/Apoderado <input type="checkbox"/> Reclamo de seguros <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Reubicación <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Revisión del paciente <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Recomendación <input type="checkbox"/> Otro _____														
<b>Revocación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entiendo que puedo revocar esta autorización solicitándolo por escrito en cualquier momento a la dirección que figura en la parte superior de este formulario. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.</li> <li>Esta autorización expirará automáticamente un año después de la fecha de mi firma, o _____ (plazo, por ejemplo, 2 días, 3 semanas o 5 meses) después de la fecha de mi firma, <i>si se especifica aquí</i>. El plazo de vencimiento aquí indicado puede ser superior a un año solo en determinadas situaciones especificadas en la Ley 144.335 3a de Minnesota, a saber: para la divulgación a un proveedor en relación con un tratamiento en curso, para la divulgación a efectos de reclamaciones de pago, investigación de fraudes o calidad de la atención, para la divulgación a un investigador externo únicamente a efectos de investigación médica o científica.</li> <li>Entiendo que la organización que reciba la información no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a beneficios a que yo firme o no el formulario de consentimiento.</li> </ul>														
<b>Información adicional:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entiendo que una vez que la información se divulga de conformidad con esta autorización, este centro no puede evitar que se vuelva a divulgar a otro tercero y puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.</li> <li>Entiendo que esta autorización <b>debe estar completada en su totalidad</b>, firmada y fechada para ser considerada válida. Se considerarán tan válidos como un original los faxes o fotocopias que no hayan sido alterados.</li> <li>Como se ha indicado anteriormente, entiendo que puedo revocar esta autorización mediante solicitud por escrito en cualquier momento a la dirección autorizada indicada anteriormente.</li> <li>Entiendo que puede haber un cargo de recuperación y copia asociado con la divulgación.</li> <li>Este centro comparte una historia clínica electrónica con organizaciones de CentraCare Health System y otras filiales que no pertenecen a CentraCare Health System. Autorizar la divulgación de la lista de medicamentos, la lista de alergias, la lista de problemas, los datos de vacunación o los antecedentes médicos incluye la divulgación de esta información desde todos los centros que comparten una historia clínica electrónica. Puede solicitar una lista de estas filiales ajenas a CentraCare Health System.</li> </ul>														
<b>Verificación y autorización:</b>	<table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA AUTORIZADA</td> <td>RELACIÓN CON EL PACIENTE</td> <td>FECHA</td> </tr> <tr> <td>Motivo por el que el paciente no puede firmar <input type="checkbox"/> Menor de edad    <input type="checkbox"/> Fallecido    <input type="checkbox"/> Incompetente    <input type="checkbox"/> Otros _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Uso interno: Identificación comprobada: _____</td> <td>Copia para el paciente: _____</td> <td>El paciente rechazó una copia: _____</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA AUTORIZADA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA	Motivo por el que el paciente no puede firmar <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Incompetente <input type="checkbox"/> Otros _____			Uso interno: Identificación comprobada: _____	Copia para el paciente: _____	El paciente rechazó una copia: _____		
_____	_____	_____													
FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA AUTORIZADA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA													
Motivo por el que el paciente no puede firmar <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Incompetente <input type="checkbox"/> Otros _____															
Uso interno: Identificación comprobada: _____	Copia para el paciente: _____	El paciente rechazó una copia: _____													

Alomere Health y todos sus servicios cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Alomere Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Alomere Health proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:

- **Intérpretes calificados de lenguaje de señas**
- **Información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)**

Alomere Health proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:

- **Intérpretes calificados**
- **Información escrita en otros idiomas**

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con nuestro consultorio:

Alomere Health  
111 17th Ave E • Alexandria, MN 56308  
Teléfono: 320-762-1511  
Fax: 320-762-6120

Si cree que Alomere Health no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Alomere Health  
111 17th Ave E • Alexandria, MN 56308  
Teléfono: 320-762-1511

Puede presentar una queja personalmente, o por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, tenemos personal disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf), o por teléfono o correo en:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201  
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD).

# Aviso de no discriminación

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-320-762-1511.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-320-762-1511.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-320-762-1511。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-320-762-1511.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-320-762-1511.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-320-762-1511번으로 전화해 주십시오.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-320-762-1511.

אזהרה: אם אתם מדברים אנגלית, שירותי עזרה לשפה יהיו זמינים ללא עלות עבורכם. קראו 1-320-762-1511.

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নথিখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৩২০-৭৬২-১৫১১

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-320-762-1511.

الذغة، فان خدمات المساعدة اللغوية متوافرة لك بالمجان. اتصل لمحوطة: إذا كنت تتحدث اذكر 1-320-762-1511.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-320-762-1511.

شو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، 1-320-762-1511 [دستیاب ہیں۔ کال کریں

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-320-762-1511.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-320-762-1511.

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-320-762-1511.

**Alomere Health**

**Alexandria Clinic**

**Osakis Clinic**

**Lakes ENT & Hearing Clinic**

**Heartland Orthopedic Specialists**



**ALOMERE**  
HEALTH

*It's Better Here*