



Alomere Health
111 17th Ave East
Alexandria, MN 56308
Teléfono: 320-762-1511
Fax: 320-762-6127

Alexandria Clinic
610 30th Ave West
Alexandria, MN 56308
Teléfono: 320-763-5123
Fax: 320-763-7883

Heartland Orthopedics
111 17th Ave East,
Suite 101
Alexandria, MN 56308
Teléfono: 320-762-1144
Fax: 320-762-1935

Lakes ENT/Audiology
111 17th Ave East
Suite 1
Alexandria, MN 56308
Teléfono: 320-759-4326
Fax: 320-759-4327

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN VERBAL

Nombre del paciente (Incluyendo la inicial del segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre anterior (si corresponde): _____

Número de teléfono: _____ Dirección: _____ Últimos 4 dígitos del SSN: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número MRN de uso interno: _____

La presente autoriza a estos centros a divulgar verbalmente la información designada a continuación a las siguientes personas a fin de asistir con mi atención médica o finanzas, a menos que se indique lo contrario. Este formulario de divulgación verbal no incluye copias impresas o electrónicas de los registros médicos.

Nombre:	Relación:	Número de teléfono:
<input type="checkbox"/> Todos los registros médicos* (incluida la información de facturación y de las citas)	<input type="checkbox"/> Solo información de facturación	<input type="checkbox"/> Solo información de las citas
Nombre:	Relación:	Número de teléfono:
<input type="checkbox"/> Todos los registros médicos* (incluida la información de facturación y de las citas)	<input type="checkbox"/> Solo información de facturación	<input type="checkbox"/> Solo información de las citas
Nombre:	Relación:	Número de teléfono:
<input type="checkbox"/> Todos los registros médicos* (incluida la información de facturación y de las citas)	<input type="checkbox"/> Solo información de facturación	<input type="checkbox"/> Solo información de las citas
Nombre:	Relación:	Número de teléfono:
<input type="checkbox"/> Todos los registros médicos* (incluida la información de facturación y de las citas)	<input type="checkbox"/> Solo información de facturación	<input type="checkbox"/> Solo información de las citas
Nombre:	Relación:	Número de teléfono:
<input type="checkbox"/> Todos los registros médicos* (incluida la información de facturación y de las citas)	<input type="checkbox"/> Solo información de facturación	<input type="checkbox"/> Solo información de las citas

- Entiendo que puedo revocar esta autorización al enviar una solicitud por escrito en cualquier momento a la dirección indicada en la parte superior de este formulario. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada conforme a esta autorización.
- **Divulgación especial:** con la excepción de las notas de psicoterapia, todos los registros relacionados con la salud psiquiátrica/mental, la dependencia química, las ETS o las enfermedades/pruebas relacionadas con el SIDA/VIH **no** se divulgarán verbalmente a menos que indique lo contrario al inscribir sus iniciales aquí: _____
- Entiendo que una vez que la información se haya divulgado verbalmente de conformidad con esta autorización, los centros no podrán impedir que se vuelva a divulgar la información a un tercero.
- Estos centros no me negarán tratamiento por no firmar esta autorización.
- Esta autorización **vencerá automáticamente un año** después de la fecha de mi firma, **o** _____ (período de tiempo, por ejemplo, 2 días, 3 semanas o 5 meses) a partir de la fecha de mi firma, **si está especificada aquí**. El período de caducidad aquí señalado puede ser de más de un año solo en ciertas situaciones, conforme a lo especificado en el estatuto de Minnesota 144.335 3a; para la divulgación a un proveedor en relación con el tratamiento actual; para la divulgación con fines de reclamaciones de pago, investigación de fraude o calidad de la atención. Como se ha indicado anteriormente, entiendo que puedo revocar esta autorización al enviar una solicitud por escrito en cualquier momento a la dirección indicada anteriormente.
- Entiendo que esta autorización **se debe rellenar en su totalidad**, firmar y fechar para que se considere válida. Un fax o una fotocopia que no haya sido alterada se considerará tan válida como un original.
- Este centro comparte una registro médico electrónico con las organizaciones de CentraCare Health System y con otras filiales que no son de CentraCare Health System. Autorizar la divulgación verbal de la lista de medicamentos, lista de alergias, lista de problemas, datos de vacunación o antecedentes médicos incluye la divulgación de la información correspondiente de todos los sitios que comparten un registro médico electrónico. Puede solicitar una lista de estas filiales ajenas a CentraCare Health System.

Firma del paciente/persona autorizada _____

Facultad de la persona autorizada para firmar
(Padre, madre, tutor, agente de salud, etc.)

Fecha _____

Identificación comprobada: _____

Copia para el paciente: _____

Copia rechazada del paciente: _____

Adjunto a: _____

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, 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 محلوظة: 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