

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Servicios de información
médica
mailstop-205515
200 University Ave. E.
St. Paul, MN 55101
Teléfono: 651-312-3122
Fax: 651-229-3888
ROI@gillettechildrens.com

1. Debe completar claramente todos los puntos de este documento que tienen un asterisco (*). Consulte el reverso del formulario para obtener más información.

Número de expediente médico (solo para uso de Gillette): _____

* Nombre del paciente: _____ *Fecha de nacimiento del paciente: _____

***2. Marque todas las opciones que correspondan:**

- Autorizo a Gillette a divulgar mis documentos a la persona u organización que menciono a continuación.
- Autorizo a Gillette a comunicarse verbalmente con la persona u organización que menciono a continuación.
- Autorizo a la siguiente persona u organización a divulgar copias de mis documentos a Gillette.

***3. Complete esta sección para autorizar la divulgación de información a/de esta persona u organización.**

*Contacto: _____

*Centro: _____

*Dirección: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____

*Teléfono: _____ FAX (si lo sabe): _____

4. Fechas del servicio a divulgar

(si se deja en blanco, divulgaremos el expediente médico de un año).

***5. ¿Qué información podemos divulgar? Marque los puntos que apliquen en 5a y/o 5b.**

***5a. Autorizo la divulgación de los puntos marcados.**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | Informe de rehabilitación, especifique cuáles:
<input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia del habla |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) de operaciones | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Escuela/Académico/IEP <input type="checkbox"/> Recreación terapéutica |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Informe de asesoramiento | <input type="checkbox"/> Instrucciones para el alta <input type="checkbox"/> Gráficas de crecimiento |
| <input type="checkbox"/> Notas clínicas de pacientes ambulatorios | <input type="checkbox"/> Pruebas especiales | <input type="checkbox"/> Medios (fotografías, videos y otras imágenes de diagnóstico) |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología (SOLO informes de radiografías, TAC, imágenes por resonancia magnética, etc., no incluye imágenes) | | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (como radiografías, TAC, imágenes por resonancia magnética y ecografías) |
| | | <input type="checkbox"/> Prueba genética |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

***5b. * No podemos divulgar la siguiente información a menos que el paciente o su tutor legal "COLOQUE SUS INICIALES" en la línea junto a esta.**

_____ Psiquiatría	_____ Trabajo social	_____ Dependencia química
_____ Psicología	_____ Neuropsicología	_____ SIDA/VIH

6. Estoy pidiendo que se divulgue la información con este propósito:

- Continuación de la atención Seguro Litigio Personal Educación
- Otro, especifique: _____

Comprendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una **SOLICITUD POR ESCRITO**.
- La revocación de mi autorización **NO** aplica a la información que ya se divulgó en respuesta a esta autorización.
- Una fotocopia o fax de esta autorización se considerará de la misma manera que si fuera el formulario original.
- Una vez que se divulgue la información debido a esta autorización, Gillette no puede evitar que un tercero vuelva a divulgar la información.
- Gillette no puede condicionar mi tratamiento, pago, inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios a la firma de este formulario.
- **Esta autorización vence un año después de la fecha en que la firme.**

***7. Marque SOLO UNA OPCIÓN.**

_____ Autorizo la divulgación de la información recopilada hasta la fecha en que firmé este formulario.

_____ Autorizo la divulgación de la información recopilada hasta la fecha y durante un año después de la fecha de la firma de este formulario, o hasta la fecha o suceso aquí especificado: Fecha _____ o Suceso _____
(no más de un año a partir de la fecha de la firma)

8. Firme aquí

Paciente/padre/madre del menor/persona responsable legalmente

Relación

Fecha

Se requiere licencia de conducir o identificación al recoger los expedientes.

Es posible que se le pida el comprobante de que es el tutor legal/poder legal duradero/orden del tribunal (vea la nota en el reverso)

(Solamente para uso de la oficina).....

Fecha de recepción: _____ Fecha de trámite: _____ Solicitud completada por: _____

Instrucciones para completar este formulario

(Solo para referencia del paciente)

NOTA: este formulario aplica solamente al paciente cuyo nombre y fecha de nacimiento aparece en el Punto 1 de la Página 1. Si usted no es el paciente o el padre/la madre del paciente menor, debe proveer documentos para respaldar la tutela legal, poder legal duradero u órdenes del tribunal (o debe tenerlos en el archivo en Gillette) antes de que podamos procesar esta solicitud.

Esto es de conformidad con el estatuto 144.293 de MN.

Debe informar a Gillette, por escrito, si quiere revocar su autorización (es decir, si quiere que en el futuro dejemos de divulgar la información que usted autorizó previamente al completar este formulario).

Asegúrese de completar todas las secciones del formulario que están marcadas con un asterisco (*). **¡Un formulario incompleto retrasará el trámite!**

1. Anote el nombre del paciente y la fecha de nacimiento de manera clara y legible. personal de Gillette agregará el número de expediente médico del paciente al recibir la autorización.
2. Infórmenos si quiere que Gillette divulgue, reciba documentos y/o solamente intercambie información verbalmente.
3. Proporcionémos el nombre y otra información solicitada de la persona u organización a quien está autorizando que se le divulgue la información o que nos divulgue información.
4. Infórmenos para qué fechas quiere la divulgación de información. (Por ejemplo, podría permitirnos divulgar información del año 2008 hasta hoy o solamente para la fecha de servicio 10/02/2010).
5. Marque todas y cada una de las casillas para indicarnos qué información nos autoriza divulgar.
 - 5a. Si quiere que divulguemos **alguna** información de la casilla 5a **debe** marcar las casillas junto a los puntos que quiere que divulguemos.
 - 5b. Si quiere que divulguemos cualquier punto de la casilla 5b (información psiquiátrica, dependencia química, trabajo social, psicología, evaluación de neuropsicología o SIDA/VIH), **debe colocar sus iniciales** en la línea junto a los elementos marcados.
6. (Opcional) Para ayudarnos a identificar y rastrear su solicitud, marque la casilla que mejor describe por qué está permitiendo que se divulgue la información.
7. Marque la afirmación que mejor describe lo que quiere que hagamos:
 - Si solamente quiere que divulguemos información pasada (información hasta e incluyendo la fecha en que firme el formulario), marque la primera afirmación.
 - Si quiere información hasta un año después de que firme el formulario, marque la segunda afirmación.
 - Si quiere información solamente hasta una fecha o suceso específico, marque la segunda afirmación y complete la fecha o suceso en el que quiere que dejemos de divulgar información. (No más de un año a partir de la fecha de la firma).
8. Debe firmar y escribir la fecha en el formulario.

Dirija sus preguntas a:

Gillette Children's Specialty Healthcare
Release of Information-mail code 205515
200 University Ave. E.
St. Paul MN 55101
Teléfono 651-312-3122
Fax 651-229-3888

paciente/padre/madre del menor/tutor legal puede usar el espacio que aparece a continuación para dar seguimiento a cualquier autorización que haya firmado y para indicar la fecha de vencimiento.

_____	Vence: _____
_____	Vence: _____
_____	Vence: _____
_____	Vence: _____
_____	Vence: _____