

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE
INDIAN HEALTH BOARD OF MPLS - 1315 E. 24TH STREET MPLS, MN 55404
TELÉFONO 612-721-9800 FAX - (612) 721-2904

Información de contacto del paciente	NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO TELEFÓNICO: _____
La parte divulgadora: Clínica/Hospital/Profesión al médico, Persona, u Organización <i>(Who has the information you want released?)</i>	NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ NÚMERO TELEFÓNICO: _____ FAX: _____
Parte receptora: Clínica/Hospital/Profesión al médico, Persona, u Organización ¿A quien se enviará la información?	NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ NÚMERO TELEFÓNICO: _____ FAX: _____
La información para ser divulgada <i>(Cuál información quiere que sea enviada o divulgada? Marque la casilla adecuada.</i> Si está solicitando ambos registros médicos y de salud mental, tendrá que llenar dos formularios distintos.	Registros médicos Fechas del servicio _____ <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Informes de radiología/Pruebas diagnósticas <input type="checkbox"/> Registro(s) de emergencias <input type="checkbox"/> Informe obstétrico <input type="checkbox"/> Informe(s) operativo(s) del laboratorio <input type="checkbox"/> Examen físico e historial <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Otros registros (Sírvase indicar cuáles): _____ Asesoramiento y Apoyo / Salud mental y salud química/Psiquiatría Fechas de servicio: _____ <input type="checkbox"/> Evaluación diagnóstica <input type="checkbox"/> Plan del tratamiento <input type="checkbox"/> Pruebas <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Comunicación verbal <input type="checkbox"/> Manejo de medicamentos-Psiquiatría <input type="checkbox"/> Servicios de trabajo social Otros (Indique cuáles): _____ Dental: Fechas del servicio: _____ <input type="checkbox"/> Radiografías <input type="checkbox"/> Notas de la oficina Otros expedientes (Indique cuáles): _____
Instrucciones de divulgación <i>(Cómo y cuando quiere la información?)</i>	Método de divulgación / Formato indicado: (check one) <input type="checkbox"/> Papel / Correo <input type="checkbox"/> Fax (SI SON MAS DE 30 PÁGINAS, NOTIFIQUE AL IHB) <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Papel / Recogido de pacientes (Su identificación puede ser solicitada al momento de la recogida) <input type="checkbox"/> Intercambio de información <input type="checkbox"/> Otros: _____
El propósito de la divulgación ¿Por qué es necesario?	<input type="checkbox"/> Continuar / planear el tratamiento <input type="checkbox"/> Transferencia de atención médica <input type="checkbox"/> Uso o revisión personal* <input type="checkbox"/> Litigios/legal/determinación* <input type="checkbox"/> Otros * _____ <small>* Los honorarios pueden ser cobrados de acuerdo con el Estatuto 144.292 de MN y la Regla Federal 45 C.F. R. §164.524 *Debe ser solicitado del representante legal</small>
Yo entiendo que esta versión puede incluir, entre otras cosas, lo que implica el tratamiento o las pruebas de abuso de alcohol / drogas, anemia de células falciformes, enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH / SIDA o problemas de salud mental, que se mantuvieron mientras su instalación en cualquier fecha, así como cualquier correspondencia. Esta autorización solo incluirá registros anteriores a la fecha de la firma.	
Esta autorización tiene una validez de un año a partir de la fecha en que la firme, a menos que ingrese una fecha o vencimiento diferente aquí: _____	
<ul style="list-style-type: none"> Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Una cancelación no cambiará las divulgaciones que ocurran antes de la cancelación. El Aviso de prácticas de privacidad de Indian Health Board describe cómo cancelar (revocar) esta autorización. Indian Health Board no restringirá mi tratamiento si elijo no firmar esta autorización. Indian Health Board no puede evitar que la persona u organización que recibe sus registros vuelva a divulgar su información en virtud de esta autorización, y esa información puede no estar cubierta por las protecciones de privacidad estatales y federales después de su publicación. Al firmar esta autorización, libero a The Indian Health Board de toda responsabilidad que resulte de una nueva divulgación por parte del destinatario. Su firma indica que ha leído y entendido este formulario, y autoriza la divulgación de su información como se describe anteriormente. 	

Firma del Paciente/Tutor legal

Fecha

Relación con el paciente/ Autoridad para actuar en nombre del paciente

Padre / Tutor Legal, Nombre en letra de molde: _____

Médico solicitante: _____ **(Para uso clínico solamente)**

Instrucciones para llenar este formulario

Tenga en cuenta: ***Que IHB tiene hasta 30 días para procesar su petición*

***Complete un formulario de divulgación por cada parte receptora.*

Información del paciente: Individuo cuya información se solicita e información de contacto para preguntas relacionadas con esta divulgación.

La parte divulgadora: Clínica/Hospital/Profesional médico: Identifique quien tiene la información que desea divulgar. **Por favor, sea lo más específico posible. Marque una sola casilla o llene la información completamente.**

Ejemplos: -Nombre de la instalación, ubicación (Indian Health Board, MPLS)

-Nombre del médico / personal médico (Dr. Smith en MN Best Care Clinic)

Parte receptora: Clínica/Hospital/Profesional médico, Persona, u Organización

Por favor, sea lo más específico posible.

Identificar el nombre, dirección, teléfono, fax y cualquier otra información de contacto de la persona que va a *recibir* la información.

Información para ser divulgada: Esta sección nos proporciona las instrucciones para la información que desea que se divulgue.

-Para divulgar información relativa a un determinado evento / período: especifique el intervalo de fechas, el año, el procedimiento o los diagnósticos dentro del departamento deseado.

- Para divulgar información relativa a determinado periodo / evento: identifique el rango de fechas / año o procedimiento o diagnósticos dentro del departamento deseado.

Instrucciones para la divulgación: Esto nos dice cómo desea que se entregue su información.

-Si desea que enviemos esta información por fax, se necesita un número de fax que funcione junto con un número de teléfono de contacto en la casilla (Clínica receptora).

-Si usted desea que enviemos esta información, por favor asegúrese de que la dirección que usted nos proporciona (en la casilla, "Clínica receptora") sea actual y exacta.

****** Si desea que la información sobre usted se comparta verbalmente o que una autorización esté archivada para que otras personas tengan acceso a su información médica, por favor escriba esto en esta sección: "formulario en archivo para el acceso de (persona o relación) su solicitud específica".

Propósito de la petición: Por favor, indique la razón por la cuál usted necesita una copia de su registro.

-Esto nos ayuda a rastrear y asignar un estado de prioridad a su solicitud. También nos informa quién puede ser responsable del costo de los registros (cuando corresponda).

-Duración de consentimiento, revocación y otra información que usted necesita saber: Este consentimiento expirará automáticamente en 12 meses **a menos que** escriba alguna otra fecha o evento.