

# Instrucciones para llenar el Formulario de Permiso para la Divulgación de Información Médica



**Importante: Por favor lea todas las instrucciones e información antes de completar y firmar este**

**Un formulario incompleto puede no ser aceptado. Por favor siga las instrucciones con cuidado.** Si tiene alguna pregunta sobre la divulgación de información sobre su historial médico o de este formulario, por favor comuníquese con la organización cuyo nombre usted anotará en la sección 3.

Este formulario estándar fue desarrollado por el Departamento de Salud de Minnesota según los requisitos del Acta de Registros Médicos del 2007, Estatutos de Minnesota, sección 144.292, subdivisión 8. El formulario debe ser aceptado por un proveedor de Minnesota como un pedido con fuerza de ley bajo el Acta de Registros Médicos de Minnesota. Si lo ha completado correctamente, este formulario deberá ser aceptado por la(s) organización(es) de atención médica, instalación(es) específica(s) de atención médica, o profesional(es) específico(s) identificado(s) en la sección 3.

Es posible que se cobre un cargo por la divulgación de información médica.

**A continuación se encuentran las instrucciones para cada sección. Por favor imprima o escriba, lo más clara y completamente posible.**

**1** Anote sus nombres y apellidos completos. Si tiene un sufijo después de su apellido (Sr., Jr., III), por favor anótelos después de la sección "apellido" en el espacio en blanco. Si usted alguna vez ha utilizado un nombre distinto, por favor incluya esa información. Si usted sabe el número de identificación de sus archivos médicos o su número de paciente, incluya esa información. Todos estos datos se usan para identificar su información médica y asegurar que se envíe solamente su información.

**2** Si hay preguntas sobre cómo se ha completado este formulario, esta sección le provee a la organización que divulgará la información médica, permiso para que se comuniquen con la persona cuyo nombre está anotado en esta sección. **Es opcional completar esta sección.**

**3** En esta sección, anote quién está enviando la información sobre su salud. **Por favor sea tan específico como le sea posible.** Si usted quiere limitar la información que se va a enviar, puede especificar el nombre de las instalaciones, por ejemplo: la Clínica Main Street. O anote el nombre de un profesional médico, por ejemplo: el quiropráctico John Jones. Use las líneas designadas para ello. Proveer información sobre la ubicación puede hacer de su petición más clara. Por favor imprima "todos los proveedores de salud a mi cargo" bajo esta sección si usted quiere que se divulgue su información médica de todos sus proveedores de salud.

**4** Indique dónde usted quiere que se envíe la información médica solicitada. Es mejor anotar una dirección completa, ya que no todos envían datos médicos por fax. Hay un lugar donde se puede indicar un plazo de tiempo para que provean la información médica. **Colocar un plazo de tiempo es opcional.**

**5** Indique cuál es la información médica que usted quiere que se envíe. Si usted quiere limitar la información médica a fecha(s) o año(s) específico(s), indique esto en la línea proporcionada.

Para su protección, se recomienda que usted coloque sus iniciales, en vez de colocar una marca, junto a las categorías de la información médica.

Esto ayuda a prevenir que otras personas cambien su formulario.

EJEMPLO:  Toda la información médica.

Si usted selecciona **toda la información médica**, esto incluirá información suya relacionada con cualquier evaluación de salud

mental y tratamiento, preocupación sobre uso de drogas y/o alcohol, exámenes y tratamiento del VIH/SIDA, enfermedades transmitidas sexualmente e información genética.

**Importante:** Hay ciertos tipos de información médica que requieren por ley un permiso especial.

Información sobre un **Programa para la Dependencia de Sustancias Químicas** proviene de un programa o proveedor que específicamente asesora y trata la adicción al alcohol o a las drogas y que recibe fondos federales. Este tipo de información es distinta a las notas de una conversación con su médico o terapeuta sobre el uso de alcohol o drogas. Para que se envíe este tipo de información, marque o coloque sus iniciales en la línea que se encuentra al final de la página 1.

Las **Notas de psicoterapia** son guardadas por el psiquiatra, psicólogo u otro profesional de salud mental dentro de un sistema de archivos especial y distinto a donde guarda la información sobre su salud/historial médico. **Para la divulgación de las notas de psicoterapia, usted deberá completar una hoja adicional, marcando solamente esa categoría. Usted también debe escribir en la sección 3 el nombre del profesional que debe entregar las notas de psicoterapia.**

**6** La información médica incluye información verbal y escrita. Si usted no quiere dar su permiso para que las personas anotadas en la sección 3 hablen sobre su historial médico con las personas anotadas en la sección 4, debe indicarlo en esta sección.

**7** Por favor, indique las razones o propósitos para la divulgación de la información médica. Si usted indica marketing, por favor comuníquese con la organización anotada en la sección 4 para determinar si existe algún pago o compensación. Si hay algún pago o compensación a la organización, indique la cantidad.

**8** Este consentimiento vencerá un año después de que usted lo firme, a menos que usted indique otra fecha o evento. Ejemplos de un evento: "60 días después de que yo salga del hospital," o "una vez que se envíe la información médica."

**9** Por favor firme este formulario y coloque la fecha. Si usted es un representante legal autorizado del paciente, por favor firme, escriba la fecha e indique su relación con el paciente. Es posible que le soliciten que muestre documentación que compruebe que usted es el paciente o el representante legal del paciente.

# Formulario de Permiso para la Divulgación de Información Médica

PÁGINA 1 DE 2

## 1 Información sobre el paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nombre(s) Anterior(es) \_\_\_\_\_  
Dirección donde reside \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
No. de Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico (opcional) \_\_\_\_\_  
Archivo Médico/No. de ID de Paciente (opcional) \_\_\_\_\_

## 2 Contacto para información sobre cómo fue llenado este formulario (opcional):

Doy mi permiso para que la(s) organización(es) anotada(s) en la sección 3 hablen con  
Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Para comunicarse con esta persona:  
No. de Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

## 3 Estoy solicitando que se divulgue información médica desde por lo menos uno de los siguientes:

Nombre de la(s) organización(es) \_\_\_\_\_  
Ubicación(es) o nombre(s) de instalación(es) médica específica(s) \_\_\_\_\_  
Nombre(s) de profesional(es) de la salud específico(s) \_\_\_\_\_

## 4 Estoy solicitando que la información médica sea enviada a:

Nombre(s) de la(s) organización(es) \_\_\_\_\_  
**Y/O** persona: Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
No. de Teléfono (opcional) \_\_\_\_\_ Fax (opcional) \_\_\_\_\_  
La información se necesita para (fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (opcional)  
MES DÍA AÑO

## 5 Información a ser divulgada

**IMPORTANTE: indique solamente la información que tiene autorización para divulgar.**

- Fechas/años específico(s) de tratamiento \_\_\_\_\_  
 Todo el historial médico (*leer las descripciones en las instrucciones para ver lo que está incluido*)

**O BIEN** para que solo se divulguen porciones específicas sobre su historial médico, indique las categorías a ser divulgadas:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historial/estado físico                | <input type="checkbox"/> Salud mental            | <input type="checkbox"/> Pruebas de VIH/SIDA                                   |
| <input type="checkbox"/> Resultados/informes de laboratorio     | <input type="checkbox"/> Sumario del alta        | <input type="checkbox"/> Informe de radiología                                 |
| <input type="checkbox"/> Informe de sala de emergencias         | <input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología                                |
| <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico                     | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento     | <input type="checkbox"/> Fotografías, video, imágenes digitales o de otro tipo |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos                           | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones          | <input type="checkbox"/> Registros de facturación                              |
| <input type="checkbox"/> Otra información o instrucciones _____ |  |  |

**La siguiente información requiere por ley un permiso especial.** Aunque usted haya indicado **toda la información médica**, usted deberá especificar la siguiente información para que pueda ser divulgada:

- Programa de dependencia química (*vea la definición en la sección de instrucciones*)  
 Notas de psicoterapia (*este permiso no puede ser combinado con cualquier otro permiso, vea las instrucciones*)



# Formulario de Permiso Estándar de Minnesota para la Divulgación de Información Médica

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ PÁGINA 2 DE 2

## 6 La información médica incluye información escrita y oral

Al indicar cualquiera de las categorías en la sección 5, usted está dando su permiso para que se divulgue la información escrita y también para que una persona de la sección 3 pueda hablar con una persona de la sección 4 sobre su historial médico o de salud.

Si usted no quiere dar su permiso para que una persona de la sección 3 hable con una persona de la sección 4 sobre su historial médico/salud, indíquelo aquí (coloque una marca o sus iniciales) \_\_\_\_\_

## 7 Razones para que se divulgue la información

- Solicitud por parte del paciente
- Revisión de la atención médica actual que recibe el paciente
- Tratamiento/atención médica continua
- Pago
- Solicitud para un seguro
- Legal
- Apelación a una denegación de ingresos o beneficios de seguro social por incapacidad
- Propósitos de marketing (¿hay algún pago o compensación?  NO  Sí, cantidad \_\_\_\_\_ )
- Venta (¿hay pago o compensación a la entidad que mantiene la información?  NO  Sí)
- Otro (por favor explique) \_\_\_\_\_

## 8 Entiendo que al firmar este formulario, estoy solicitando que la información respecto a mi historial médico especificada en la Sección 5 sea enviada a una tercera entidad cuyo nombre se encuentra anotado en la Sección 4.

Puedo cancelar o suspender este permiso en cualquier momento escribiéndole(s) a la(s) organización(es), instalaciones y/o profesional(es) nombrado(s) en la Sección 3.

Si la(s) organización(es), instalaciones y/o profesional(es) nombrados en la Sección 3 ya han divulgado mi información médica en base a mi permiso, mi solicitud para cancelar esa divulgación de información médica no tendrá vigencia.

Entiendo que una vez que la información médica especificada en la Sección 5 sea enviada a la tercera entidad nombrada en la Sección 4, ésta podría compartir tal información y es posible que tal información ya no esté protegida bajo las leyes de privacidad federal o estatal.

Entiendo que si la organización nombrada en la Sección 4 es un proveedor de atención médica, no podrá poner como condición a mis tratamientos, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios el hecho de que yo firme o no este formulario de divulgación.

Si decido no firmar este formulario y la organización nombrada en la Sección 4 es una compañía de seguros, el no firmar este formulario no tendrá ningún impacto sobre mi tratamiento; es posible que no pueda obtener un seguro nuevo o diferente; y/o, es posible que no pueda obtener pago a través del seguro para mi atención médica.

**Este permiso vencerá a un año de la fecha de su firma, a menos que yo indique una fecha distinta o un evento aquí:**

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ O evento específico \_\_\_\_\_  
MES DÍA AÑO

## 9 Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**O BIEN** firma del representante legal autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MES DÍA AÑO

Relación del representante con el paciente (padre, guardián, etc.) \_\_\_\_\_

Riverland Community Health  
1026 West 7th Street Saint  
Paul, MN 55102

him@rchealth.org

651-758-9500

**IMPRIMIR ESTE FORMULARIO**

