

MRN: _____ (office use only)

Children's Minnesota Health Information Management (HIM) 2525 Chicago Ave S, B832 Minneapolis, MN 55404 Release of Information Phone: 952-992-5200 Fax: 612-813-5980 <i>(Office use only)</i> Staff Initials _____ # of pages _____ ID Verified: ☐ Yes Comments: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Autorizo a: _____ Hospital/clínica/escuela/otro _____ Dirección (domicilio, ciudad, estado, código postal) _____ Teléfono o fax _____ Que entregue información a: _____ Nombre/Hospital/clínica/escuela/otro _____ Dirección (domicilio, ciudad, estado, código postal) _____ Teléfono o fax _____ Para: ☐ Continuidad de atención médica ☐ Reclamo al seguro ☐ Litigio ☐ Uso personal ☐ Escuela ☐ Otro: _____ *Es posible que se le cobren tarifas conforme al Estado de Minnesota 144.292 y la Reglamentación Federal 45 C.F.R. §164.524 Esta información se necesita para (fecha): _____ Marque o especifique a continuación la información deseada. Si no especifica las fechas, se le enviará la información de los dos últimos años. ☐ Fechas de atención: _____ Se desea información de las siguientes clínicas: ☐ Children's Heart Clinic ☐ Children's Hospitals and Clinics ☐ Children's Hugo Clinic ☐ Partners in Pediatrics (PIP) Clinic ☐ Children's West St. Paul Clinic ☐ Inf. De alta hospitalaria ☐ Inf. Del quirófano ☐ Consultas ☐ Vacunas ☐ Atención de sala de emergencias ☐ Inf. De laboratorio ☐ registro de pruebas ☐ Registro de salud mental ☐ Chequeo e historial médico ☐ Inf. radiológico ☐ Imágenes radiológicas ☐ Citas ambulatorias ☐ Notas de estado médico ☐ Otros: _____ ☐ Información de facturación ☐ Autorización a la enfermera escolar para accede a todo el registro medico electrónico (Incluye toda la información médica). ☐ Toda la información médica (No incluye imágenes e información de facturación). Método de entrega deseado: ☐ Impreso ☐ Fax (solo para los cuidados del paciente) ☐ Verbal ☐ Portal MyChart ☐ Email _____ (solo para la Administración de Información Médica) - Comprendo que mi registro médico puede incluir información relacionada con la salud mental o conductual, adicciones, abuso infantil, anemia falciforme, trastornos genéticos, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Si deseo que estos no se entregue esta información, pondré una cruz aquí: _____. - Deseo que no se entreguen estos registros: _____. - Entiendo que puedo revocar esta autorización cuando quiera. Para ello, debo hacerlo por escrito a la Administración de Información Médica. La revocación no tendrá efecto sobre la información que ya fue entregada o compartida. - Entiendo que esta autorización es voluntaria, no estoy obligado a firmarla, y puedo examinar o copiar la información que será utilizada o compartida. Entiendo que cualquier entrega de información lleva consigo el riesgo de que la información se pueda divulgar de nuevo, y en ese caso, podría no estar protegida por las reglas de privacidad federales. Esta autorización caduca al año de ser firmada, a menos que yo indique aquí una fecha o evento anterior: _____ Firma del padre/la madre/el tutor legal/el paciente _____ Fecha en que se firma _____ Relación del signatario con el paciente: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Paciente ☐ Otro: _____
---	--

