Children's MINNESOTA

AUTHORIZATION FOR RELEASE/REQUEST OF INFORMATION

790 (12/18)

MRN: _____(*office use only*)

Children's Minnesota
Health Information Management (HIM)
5901 Lincoln Drive
Mail stop CBC-2-HIM
Edina, MN 55436
Phone: 952-992-5200
Release of Information Fax: 612-813-5980

(**O*ffice use only***)
Staff Initials _____

# of pages _____

ID Verified: ☐ **Yes**
Comments:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Cómo subir este formulario al portal de MyChildren's:

1. Imprima y complete este formulario.
2. Escanee o tome una fotografía del formulario completo.
3. Acceda a su cuenta en MyChildren's.
4. Cree un nuevo mensaje en MyChildren's. Adjunte este formulario completo y envíelo a **Health Information Management** (Control de la Información de la Salud, por su traducción en español).

*Esta opción está disponible si al paciente ya se le ha atendido en los hospitales o las clínicas de Minneapolis o San Pablo.

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 ☐Litigo ☐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 MyChildren's

☐ 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 aquerida (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: _____

* R O I *