

**AUTORIZACIÓN PARA USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE**

(Divulgación de la información del paciente)

**Stevens Community Medical Center**

400 East First St., PO Box 660  
Morris, MN 56267  
320-589-1313

**Fax** 320-589-1065  
**Reg. Méd. #** 320-589-7642

Nombre del paciente (Apellido – Primer nombre – Segundo nombre)	
Apellido anterior (de haberlo)	Fecha de nacimiento
Teléfono	Registro médico #
Ciudad	Código postal

Instrucciones: Marque la casilla correspondiente en cada sección. Cuando marque OTRO, explique o describa de acuerdo con las instrucciones.

**\*\*TODAS LAS PARTES DEBEN SER COMPLETADAS EN SU TOTALIDAD POR EL PACIENTE\*\***

<b>PROVEEDOR</b> ¿Quién tiene la información que desea que se proporcione?	<input type="checkbox"/> Stevens Community Medical Center 400 East First Street, PO Box 660 Morris, MN 56267 <span style="float: right;">U <input type="checkbox"/> Otro _____</span>
<b>SOLICITANTE</b> ¿A quién se deberá enviar la información? (Nombre/Dirección)	<input type="checkbox"/> STEVENS COMMUNITY MEDICAL CENTER 400 East First Street, PO Box 660 Morris, MN 56267 Atención: _____ <span style="float: right;">U <input type="checkbox"/> Otro _____</span>
<b>PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Continuación de la atención médica ( <b>Fecha de la cita</b> _____) <input type="checkbox"/> Solicitud del seguro <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Expedientes personales</span> <input type="checkbox"/> Pago de reclamaciones de seguro <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Legal</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Otro _____</span> <input type="checkbox"/> Consulta / segunda opinión <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Se muda fuera de la ciudad</span>
<b>LA INFORMACIÓN QUE DEBERÁ INCLUIR</b>	<input type="checkbox"/> Notas de la historia clínica desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____ <input type="checkbox"/> Informes de radiografías <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Informes de EEG</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Placas radiográficas</span> <input type="checkbox"/> Informes de ECG <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Correspondencia</span> <input type="checkbox"/> Datos de laboratorio _____ <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Historial y examen físico</span> <input type="checkbox"/> Informe de alta <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Notas médicas de evolución de pacientes internados</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos de patología</span> <input type="checkbox"/> Informes de cirugía <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Notas de atención ambulatoria</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Historia clínica completa - Clínica - Hospital</span> <input type="checkbox"/> Otro _____ <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Expedientes de establecimiento externo</span>

- Expedientes de cobertura para el periodo desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_
- Confinado a la siguiente información específica: \_\_\_\_\_

**Entiendo que la información de mi historia clínica puede incluir información relacionada con alcoholismo o drogadicción, anemia falciforme o afecciones psicológicas y/o psiquiátricas, y para pruebas y/o tratamiento del VIH, SIDA o enfermedades de transmisión sexual.**

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación al departamento de administración de información médica. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación tampoco se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley otorga a mi asegurador el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza. A menos que se revoque, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha, evento o condición en que venza esta autorización, la misma vencerá en un año. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el formulario original con mi firma original.

Entiendo que la autorización de revelación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización y si no firmo este formulario igual recibiré tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información a ser utilizada o revelada, como se establece en CFR 164.524. Entiendo que si la persona u organización a la que autorizo a recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, la información dada puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad y podría revelarse nuevamente.

Firma de la persona que autoriza la revelación de la información (Paciente/Tutor)	Fecha de firma	Testigo
*Relación con el paciente, si es firmada por otra persona	Razón por la que el paciente no puede firmar.	

**\*Si usted es la parte legalmente responsable para actuar en nombre del paciente, proporcione documentación legal.**



DT0069

**AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION**

(Release of Patient Information)

**Stevens Community Medical Center**

400 East First St., PO Box 660

Morris, MN 56267

320-589-1313

**Fax#** 320-589-1065

**Med Rec #** 320-589-7642

Patient Name (Last - First - Middle)

Previous Last Name (if any)

Date of Birth

Street Address/Rural Route

Telephone

Medical Record #

City

State

Zip Code

Instructions: Check applicable box in each section. When OTHER is checked, explain or describe as instructed.

**\*\*\*ALL PORTIONS MUST BE COMPLETED FULLY BY PATIENT\*\*\***

<b>PROVIDER</b> Who has the information you would like released?	<input type="checkbox"/> Stevens Community Medical Center 400 East First Street, PO Box 660 Morris, MN 56267 Or <input type="checkbox"/> Other _____
<b>REQUESTOR</b> Who should the information be sent to? (Name/Address)	<input type="checkbox"/> STEVENS COMMUNITY MEDICAL CENTER 400 East First Street, PO Box 660 Morris, MN 56267 Attn: _____ Or <input type="checkbox"/> Other _____
<b>PURPOSE OF INFORMATION RELEASE</b>	<input type="checkbox"/> Continuation of Medical Care ( <b>Date of Appointment</b> _____) <input type="checkbox"/> Insurance Application <input type="checkbox"/> Disability Determination <input type="checkbox"/> Personal Records <input type="checkbox"/> Payment of Insurance Claims <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Consult / second opinion <input type="checkbox"/> Out of town move _____
<b>INFORMATION SHOULD INCLUDE</b>	<input type="checkbox"/> Clinic Chart Notes from _____ (date) to _____ (date) <input type="checkbox"/> X-Ray Reports <input type="checkbox"/> EKG Reports <input type="checkbox"/> X-Ray films <input type="checkbox"/> EEG Reports <input type="checkbox"/> Lab Data _____ <input type="checkbox"/> Discharge Summary <input type="checkbox"/> Physicians IP Progress Notes <input type="checkbox"/> History & Physical Exam <input type="checkbox"/> Operative Reports <input type="checkbox"/> Outpatient Notes <input type="checkbox"/> Surgical Pathology Reports <input type="checkbox"/> Other _____

1. Covering records for the period from \_\_\_\_\_ (date) to \_\_\_\_\_ (date)

2. Confined to the following specified information: \_\_\_\_\_

**I understand that the information in my health record may include information related to alcohol or drug abuse, sickle cell anemia or psychological and/or psychiatric conditions and for testing and/or treatment of HIV, or AIDS and STD'S.**

I understand that I have a right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the health information management department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following, date, event, or condition: \_\_\_\_\_.

If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire in one year. A photocopy of this authorization is as valid as the original form with my original signature.

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. Treatment will still be provided to me if I do not sign this form. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that if the person or organization I authorize to receive the information is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations and could be re-disclosed.

Signature of person releasing information (Patient/Guardian)	Date signed	Witness
*Relationship to patient, if signed by other person	Reason patient unable to sign	

**\*If you are the legal responsible party acting on behalf of the patient, please provide legal documentation.**