



# Autorización para revelar información médica confidencial a un tercero

Authorization to Release Protected Health Information to a Third Party (Spanish)

Form content retained in medical record.  
**Route to HIM5 Scanning.**



**Instrucciones:** Este formulario es para el uso del paciente o de un representante legal de este para autorizar la revelación de información a un tercero (que no sea un familiar o amigo), como una compañía de seguros, un empleador, o con fines legales, etc. Escriba de manera clara; se debe completar cada sección para que sea válido.

**Instructions:** This form is to be used by a patient or legal representative to authorize the release of information to a third party (other than a family member or friend) such as an insurance company, employer, or for legal purposes, etc. Print clearly; each section needs to be completed to be valid.

## 2. Información adicional del paciente / Additional Patient Information

|                                                                                                                                                       |                                              |                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apellido previo o de soltera (si corresponde) (Primer nombre, segundo nombre, apellido)<br>Previous or Maiden Name (if applies) (First, Middle, Last) | Teléfono de contacto diurno<br>Daytime Phone | <input type="checkbox"/> Marque este casillero si el paciente ha fallecido.<br>Check this box if patient is deceased. |
| Dirección del paciente (calle, ciudad, estado, código postal)<br>Patient Address (Street, City, State, ZIP Code)                                      |                                              |                                                                                                                       |

## 3. Motivo de la revelación / Release Purpose

Marque el casillero adecuado o escriba otro motivo. / Check appropriate box or write in other purpose.

|                                                                   |                                                                               |                                                                   |                                             |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atención continua / Continuing care      | <input type="checkbox"/> Discapacidad / Disability                            | <input type="checkbox"/> Completar formularios / Forms completion | <input type="checkbox"/> Seguro / Insurance |
| <input type="checkbox"/> Legal                                    | <input type="checkbox"/> Indemnización del trabajador / Workers' compensation |                                                                   |                                             |
| <input type="checkbox"/> Otro, especifique / Other, specify _____ |                                                                               |                                                                   |                                             |

## 4. Revelar información DESDE Release Information FROM

Marque un casillero y complete si corresponde.  
Check one box and complete if applicable.

☐ **Mayo Clinic**  
Incluye todas las ubicaciones de Mayo Clinic y del Sistema de Salud de Mayo Clinic / Includes all Mayo Clinic and Mayo Clinic Health System locations

☐ **Otro**, especifique la organización, el departamento o la persona (complete las líneas a continuación) / **Other**, specify organization, department, or individual (complete each line below)

\_\_\_\_\_  
Calle / Street \_\_\_\_\_  
Ciudad / City \_\_\_\_\_  
Estado / State \_\_\_\_\_ Código postal / ZIP Code \_\_\_\_\_  
Teléfono / Phone \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_

## 5. Revelar o enviar información A Release/Send Information TO

Marque un casillero y complete si corresponde.  
Check one box and complete if applicable.

☐ **Mayo Clinic**  
Dept. \_\_\_\_\_ A/A / Attn. \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_

☐ **Otro**, especifique la organización, el departamento o la persona (complete las líneas a continuación) / **Other**, specify organization, department, or individual (complete each line below)

\_\_\_\_\_  
Calle / Street \_\_\_\_\_  
Ciudad / City \_\_\_\_\_  
Estado / State \_\_\_\_\_ Código postal / ZIP Code \_\_\_\_\_  
Teléfono / Phone \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_

Esta autorización caducará en 1 año a partir de la fecha de la firma *a menos que se especifique otra fecha*:  
This authorization will expire in 1 year from date of signature *unless another date is specified*:

☐ **Al marcar este casillero** permito el intercambio continuo de información entre las partes antes mencionadas hasta que esta autorización caduque o sea revocada.  
**By checking this box** I allow the ongoing exchange of information between the above parties until this authorization expires or is revoked.

☐ **Al marcar este casillero** también autorizo la revelación de historias clínicas para futuras visitas o estancias después de la fecha de mi firma hasta que esta autorización caduque o sea revocada.  
**By checking this box** I also authorize the release of records for future visits or stays after the date of my signature until this authorization expires or is revoked.

# Autorización para revelar información médica confidencial a un tercero (continuación)

Authorization to Release Protected Health Information  
to a Third Party (Spanish) (continued)

(llenar los espacios en blanco o colocar aquí la etiqueta del paciente)  
(complete fields or place patient label here)

|                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)<br>Patient Name (First, Middle, Last) |
| Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)<br>Birth Date (mm-dd-yyyy)                                         |
| Número en Mayo Clinic<br>Mayo Clinic Number                                                         |

## 6. Entrega de información / Delivery of Information

|                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Método preferido / Preferred Method<br><input type="checkbox"/> Copia escrita (puede incluir los formularios completados)<br>Written copy (may include completed forms)<br><input type="checkbox"/> Solo de manera verbal / Verbal only | Fecha en que se debe recibir la información (mm-dd-aaaa)<br>Date Information Needed by (mm-dd-yyyy) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

La información por escrito se enviará por correo a menos que se compruebe un método alternativo.  
Written information will be mailed unless an alternate method is checked.

☐ Portal para pacientes: Servicio or Internet para pacientes de Mayo Clinic / Patient Portal – Mayo Clinic Patient Online Services  
☐ Fax (número mencionado anteriormente en la sección 5) / Fax (number listed above in section 5)  
☐ Dirección de correo electrónico / Email address \_\_\_\_\_  
☐ Recoger en una ubicación de Mayo Clinic, especifique / Pick-up at a Mayo Clinic location, specify \_\_\_\_\_  
☐ CD/DVD  
☐ Unidad flash USB o memoria USB / USB flash/thumb drive  
☐ Otro, especifique / Other, specify \_\_\_\_\_

## 7. Historias clínicas o informes a revelar / Records or Reports to Be Released

|                                                                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Marco de tiempo para revelar / Timeframe to Be Released<br>Fecha(s) / Date(s) _____ o Año(s) / or Year(s) _____<br>(mm-dd-aaaa) / (mm-dd-yyyy) (aaaa) / (yyyy) |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

**Nota(s) del documento** (marque todo lo que corresponda) / **Document/Note(s)** (check all that apply)  
☐ Notas de salud conductual, mental, psicológica / Behavioral health/Mental/Psychological notes  
☐ Notas del departamento de Emergencias o de Urgencias / Emergency department/Urgent care notes  
☐ Notas operativas o de procedimiento / Operative/Procedure notes  
☐ Notas del proveedor / Provider notes  
☐ Notas de terapia (física, ocupacional, del habla) / Therapy notes (physical, occupational, speech)  
☐ Otra, especifique / Other, specify \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que se revelará puede incluir atención del comportamiento o de salud mental y los resultados de las pruebas de VIH.  
I understand the information to be released may include behavior and/or mental health care, and HIV test results.

**Registros adicionales** (marque todo lo que corresponda) / **Additional Records** (check all that apply)  
☐ Lista de alergias / Allergy list  
☐ Resultados de laboratorio / Laboratory results  
☐ Informes de patología / Pathology report(s)  
☐ Imágenes de radiología, especifique los exámenes o las partes del cuerpo / Radiology image(s), specify exam(s)/body part(s) \_\_\_\_\_  
☐ Vacunas / Immunizations  
☐ Resultados de pruebas de laboratorio de VIH / HIV lab test results  
☐ ECG, cardiografía, ecografía / EKG(s)/Cardio/Echo  
☐ Lista de medicamentos / Medication list  
☐ Pruebas genéticas / Genetic testing  
☐ Informes de radiología / Radiology report(s)  
☐ Información de facturación para registros revisados / Billing information for records checked

**Registros de abuso de sustancias y tratamiento de adicciones** (marque todo lo que corresponda)  
**Substance Abuse and Addiction Treatment Records** (check all that apply)  
☐ Examen o evaluación / Assessment/Evaluation  
☐ Planes de tratamiento / Treatment plans  
☐ Cuestionarios / Questionnaires  
☐ Notas multidisciplinarias / Multidisciplinary notes  
☐ Invitación para la participación familiar / Family participation invitation  
☐ Historial y examen físico / History and physical exam  
☐ Tratamiento e informe para el alta / Treatment/Discharge summary  
☐ Otro, especifique / Other, specify \_\_\_\_\_

Otro, especifique si corresponde / Other, specify if applicable \_\_\_\_\_

# Autorización para revelar información médica confidencial a un tercero (continuación)

Authorization to Release Protected Health Information to a Third Party (Spanish) (continued)

(llenar los espacios en blanco o colocar aquí la etiqueta del paciente)  
(complete fields or place patient label here)

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)  
Patient Name (First, Middle, Last)

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)  
Birth Date (mm-dd-yyyy)

Número en Mayo Clinic  
Mayo Clinic Number

## 8. Firma y Fecha

El paciente o representante legal debe firmar y colocar la fecha en esta autorización.

- Esta autorización puede revocarse en cualquier momento mediante un aviso por escrito de revocación dirigido al departamento de Entrega de Información (ROI, por sus siglas en inglés) de los Servicios de administración de la información médica (HIMS, por sus siglas en inglés), excepto en la medida que los proveedores de atención médica ya hayan tomado acción según ella.
- La información utilizada o revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la Ley federal de privacidad (42 CFR Parte 2) (HIPAA).
- Comprendo que Mayo Clinic no condicionará el tratamiento por mi decisión de firmar o no esta autorización.
- Puedo solicitar una copia de la autorización firmada.
- Se me puede cobrar por las copias de acuerdo con la ley estatal.
- Tengo el derecho de inspeccionar y recibir una copia del material que se revelará.

**Nota:** Un paciente (de 18 años o mayor) debe autorizar la revelación de su propia información, a menos que el paciente no esté capacitado o haya fallecido. Si firmo por un paciente menor, declaro que mis derechos de paternidad no han sido revocados por un tribunal de justicia. La autorización del menor puede requerirse en algunas situaciones específicas.

**8. Signature and Date** The patient or legal representative must sign and date this authorization.

- This authorization may be revoked at any time by providing a written notice of revocation to the Health Information Management Services (HIMS) Release of Information (ROI) department at the facility releasing the information, except to the extent that the Providers have already taken action in reliance on it.
- Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by the Federal Privacy Law (42 CFR Part 2) (HIPAA).
- I understand that Mayo Clinic will not condition treatment on whether I sign this authorization.
- I may request a copy of the signed authorization.
- I may be charged for copies in accordance with state law.
- I have a right to inspect and receive a copy of the material to be disclosed.

**Note:** A patient (18 years or older) must authorize the release of their own information unless patient is incapacitated or deceased. If signing for a minor patient, I hereby state that my parental rights have not been revoked by a court of law. Specific situation(s) may require minor's authorization.

Firma (obligatoria)  
Signature (required)



Fecha (mm-dd-aaaa)  
Date (mm-dd-yyyy)

Nombre en letra de imprenta de la persona que firma (si no es el paciente) (primer nombre, segundo nombre, apellido)  
Printed Name of Person Signing (if not patient) (First, Middle, Last)

**Relación si no es el paciente** (Se puede necesitar documentación legal acerca del derecho a acceso de la persona que firma)

**Relationship if Not Patient** (legal documentation of the right of access by the signing individual may be required)

- ☐ Padre o madre / Parent ☐ Padrastro o madrastra / Stepparent ☐ Tutor legal / Legal guardian  
☐ Padre o madre de acogida / Foster parent ☐ Poder notarial o representante para la atención médica / Health care power of attorney/agent  
☐ Otro / Other \_\_\_\_\_

## HIMS\* Información de contacto para la revelación de información

### HIMS\* Release of Information Contact Information

| Arizona                                                                                                   | Florida                                                                                               | Rochester                                                                                          | MCHS MN                                                                                        | MCHS WI                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13400 East Shea Boulevard<br>Scottsdale, AZ 85259<br>Teléfono / Phone<br>480-301-4211<br>Fax 480-301-7282 | 4500 San Pablo Road<br>Jacksonville, FL 32224<br>Teléfono / Phone<br>904-953-2022<br>Fax 904-953-2242 | 200 First Street SW<br>Rochester, MN 55905<br>Teléfono / Phone<br>507-284-4594<br>Fax 507-284-0161 | 1025 Marsh Street<br>Mankato, MN 56001<br>Teléfono / Phone<br>507-594-2621<br>Fax 507-422-0902 | 1400 Bellinger Street<br>Eau Claire, WI 54703-5211<br>Teléfono / Phone<br>715-838-6395<br>Fax 715-838-3058 |

**Recordatorio:** Si envía historias clínicas **A** Mayo Clinic, envíe las historias por fax al número indicado en la sección 5 de la página 1.

**Reminder:** If sending records **TO** Mayo Clinic, fax records to number indicated in section 5 on page 1.

\*Servicios de administración de la información médica

\*Health Information Management Services