



# Autorización para revelar información médica confidencial a familiares y amigos

## Menor de edad

Authorization to Disclose Protected Health Information to Family and Friends (Spanish)  
Minor Child



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

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)	
Birth Date (mm-dd-yyyy)	Room Number (if applicable)
Mayo Clinic Number	

**Instrucciones:** complete el formulario en su totalidad. Si alguna sección queda incompleta, es posible que el formulario no tenga validez.

Su privacidad es importante para nosotros y queremos protegerla tanto como sea posible. Al firmar este formulario, usted autoriza a Mayo Clinic a revelar la información solicitada a la persona que se indica a continuación.

**Instructions:** Complete entire form. If any section is incomplete, this form may be invalid.

Your privacy is important to us and we want to protect it as much as possible. By signing this form, you authorize Mayo Clinic to disclose information as requested to the individual you list below.

### Revelar información a

#### Release Information To

Persona autorizada a recibir información (indique una persona por formulario) Person Authorized to Receive Information (list one individual per form)	Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido) Name (First, Middle, Last)	Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)
Relación con el paciente Relationship to Patient		
La persona mencionada anteriormente está autorizada a obtener información de las siguientes maneras (marque todas las que correspondan): The individual named above is authorized to obtain information in the following manner(s) (check all that apply): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Verbalmente: por ejemplo, por teléfono o en persona. Verbally: for example, via phone, face-to-face.</li> <li><input type="checkbox"/> A través de los Servicios por Internet para Pacientes: este acceso se habilitará cuando la persona mencionada anteriormente presente un formulario de solicitud de apoderado a través de los Servicios por Internet para Pacientes. Patient Online Services: when the above-named individual submits a proxy request form through Patient Online Services, this access will be enabled.</li> <li><input type="checkbox"/> En formato impreso o por escrito: por ejemplo, copias del expediente médico o la guía de citas médicas para el paciente. Written or printed format: for example, medical record copies or the patient appointment guide.</li> </ul>		

Entiendo que la información a revelar puede incluir información médica actual, anterior o futura sobre mí, como facturas, tratamientos, expedientes médicos relacionados con la atención médica de salud mental o del comportamiento, los tratamientos por abuso de alcohol u otras sustancias, el VIH o el SIDA y la genética. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan realizado acciones con base en esta. La revocación deberá hacerse por escrito y estar dirigida al proveedor de atención médica o al establecimiento que revela la información.

El proveedor de atención médica o el establecimiento no condicionarán el tratamiento en función de si yo firmo la autorización. **Se me puede cobrar por las copias de acuerdo con la ley estatal.** La información utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del receptor y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales. El paciente tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia del material revelado. Esta autorización no afectará ninguna autorización anterior que yo haya firmado. Si deseo cambiar alguna autorización anterior, debo enviar una solicitud por escrito para que se revoque.

I understand the information to be released may include my past, present, or future health information including billing, treatment, records related to behavior and mental health care, alcohol and drug abuse treatment, HIV/AIDS, and genetics. This authorization may be revoked at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon it. Revocation must be made in writing to the provider or facility releasing the information.

The provider or facility will not condition treatment on whether I sign the authorization. **I may be charged for copies in accordance with state law.** Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal law. The patient has a right to inspect and receive a copy of the material disclosed. This authorization will not affect any previous authorizations that I have signed. If I want to change any previous authorizations, I must submit a request in writing to have any previous authorizations revoked.



# Autorización para revelar información médica confidencial a familiares y amigos (continuación)

Authorization to Disclose Protected Health Information to Family and Friends (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

Esta autorización vencerá en un año, o cuando el menor cumpla los 18 años, o en caso de que se notificara su fallecimiento.

This authorization will expire in one year or upon the child's 18th birthday or upon notification of death.

**Atención:** este es un documento legal. Léalo detenidamente. Mediante su firma, acepta que comprende los términos de este formulario y que está de acuerdo con ellos.

**Attention:** This is a legal document. Please read carefully. By signing, you agree that you understand and accept the terms on this form.

- **Este formulario es para pacientes de 17 años o menos.**  
This form is for patients 17 years of age or younger.
- El padre, la madre o el tutor legal del paciente deben firmar y fechar el formulario, a menos que las leyes federales o estatales contemplen alguna excepción específica.  
The patient's parent or legal guardian must sign and date this form, unless an exception exists under state or federal law.

Indique su relación:

Please indicate relationship:

- Padre o madre  
Parent
- Tutor legal  
Legal Guardian

Firma (obligatoria) Signature (required)	Fecha (obligatoria) (mm-dd-aaaa) Date (required) (mm-dd-yyyy)
---	--

Nombre en letra de imprenta de la persona que firma (primer nombre, segundo nombre, apellido) Printed Name of Person Signing (First, Middle, Last)
---

Dirección del paciente Patient Street Address
--

Ciudad City	Estado State	Código postal ZIP Code	Teléfono Phone
----------------	-----------------	---------------------------	-------------------

**Envíe el formulario a:**

HIMS Release of Information  
200 First Street SW  
Rochester, MN 55905

Fax: 507-284-0161  
Correo electrónico: mayohimsroi@mayo.edu

**Send your form to:**

HIMS Release of Information  
200 First Street SW  
Rochester, MN 55905

Fax 507-284-0161  
Email mayohimsroi@mayo.edu