



# AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN MÉDICA A TERCEROS

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Número de unidad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

## MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

- Manhattan  Queens  Huntington

## Autorizo a Mount Sinai a revelar mi información médica relacionada con:

- Visita a la Sala de Emergencia \_\_\_\_\_ Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Clínica de (especifique) \_\_\_\_\_ Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Práctica de FPA/  
Nombre de proveedor ) \_\_\_\_\_ Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Ingreso(s) \_\_\_\_\_ (Fecha(s) de admisión) \_\_\_\_\_ Fecha(s) de alta \_\_\_\_\_
- Cirugía ambulatoria \_\_\_\_\_ Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Especifique (informes sobre una operación, exámenes de laboratorio, etc.) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Revelación de registros:

- |               |                  |  |
|---------------|------------------|--|
| Incluye _____ | No incluye _____ | Información relacionada con el VIH.        |
| Incluye _____ | No incluye _____ | Antecedentes de abuso de alcohol o drogas. |
| Incluye _____ | No incluye _____ | Expedientes de tratamiento psiquiátrico.   |

- Para  Proveedor de atención médica  Compañía de seguros  Abogado  
 Tribunal  Agencia de la Ley  Empleador  
 Otro \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

## Razón por la que se da a conocer la información:

- A petición del paciente  Otra

No restringiremos su tratamiento o pagos que le correspondan en base su firma de esta autorización; sin embargo, no se le entregará ningún registro o historial clínico si se niega a firmarla.

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE HOY Y QUE PUEDO REVOCARLA EN CUALQUIER MOMENTO, A MENOS QUE MOUNT SINAI YA HAYA ACTUADO EN BASE A LA MISMA.

**Acuerdos específicos  
(Specific Understandings)**

Entiendo que este consentimiento puede incluir la divulgación de expedientes relacionados con tratamientos de abuso de alcohol y drogas y/o psiquiátricos; así como de información relacionada con el VIH (indicando que tuve un examen de VIH o que tengo la infección de VIH o una enfermedad relacionada con VIH o SIDA; o bien, información que pueda indicar que me expuesto de alguna forma al VIH).

Si autorizo que se de a conocer información relacionada con tratamientos de VIH, abuso de alcohol o drogas o salud mental, cualquiera que reciba dicha información tiene prohibido volver a revelarla sin mi autorización, a menos de que se le permita hacerlo en conformidad con las leyes federales o estatales. También tendré el derecho de pedir una lista de las personas que pudieran recibir o utilizar mi información relacionada al VIH sin autorización.

Si sufro discriminación por haberse divulgado mi información sobre el VIH puedo contactar a: The New York State Division of Human Rights (División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York) a los teléfonos: 800-523-2437 o 212-480-2493, o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (The New York City Commission on Human Rights) al 212-360-7450.

Al firmar la presente autorizo que mi información de salud protegida (confidencial) sea utilizada o dada a conocer como se hace referencia. Dicha información puede ser revelada nuevamente si el destinatario (según se indica en este formulario) no queda obligado por la ley para proteger la privacidad de la información y si la información deja de ser protegida por las normas federales.

\_\_\_\_\_  
Paciente (firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante personal (firma)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

Autoridad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

(Solo debe firmar un representante personal cuando el paciente sea menor de edad o no pueda firmar por si mismo).

Para solicitar un expediente o historial clínico, o para revocar su autorización, escriba a:

Mount Sinai Hospital  
Medical Records  
One Gustave L. Levy Place – Box 1111  
New York, NY 10029

Faculty Practice Associates  
Patient Rights Coordinator  
One Gustave L. Levy Place – Box 1621  
New York, NY 10029

Mount Sinai Hospital Queens  
Medical Records  
25-10 30<sup>th</sup> Avenue  
Long Island City, NY 11102

Northshore Medical Group  
Medical Records  
325 Park Avenue  
Huntington, NY 11743

**For Mount Sinai Use Only - PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE**

Date Received: (MO/DY/YR) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Disposition of Request: \_\_\_\_\_ GRANTED \_\_\_\_\_ DENIED \_\_\_\_\_ PARTIALLY DENIED

Patient Notified in Writing Of Response On This Date: (MO/DY/YR) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fee Charged For Fulfilling This Request (if applicable): \$ \_\_\_\_\_

Name or Initials of Records Department Staff Member Processing This Request: \_\_\_\_\_

Mail Out

Will Pick Up