

Autorización del paciente para la revelación de información médica a terceros



Imprima la información del paciente

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente al de arriba)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono	Correo electrónico (opcional)
Dirección	Ciudad y estado	Código postal

Lugares de servicio (marque solo aquellos en los que usted recibió servicios)

☐ The Mount Sinai Hospital	☐ New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai	☐ Doctores en Mount Sinai:
☐ Mount Sinai Beth Israel	☐ The Blavatnik Family Chelsea Medical Center	☐ Brooklyn
☐ Mount Sinai Brooklyn	☐ Mount Sinai- Behavioral Health Center	☐ Bronx/Westchester
☐ Mount Sinai Morningside	☐ Mount Sinai-Union Square	☐ Manhattan/Queens
☐ Mount Sinai Queens		☐ Staten Island
☐ Mount Sinai South Nassau		☐ Otro (especifique):
☐ Mount Sinai West		

Complete la información y marque todas las casillas que correspondan

Registros/información solicitada	Fechas de servicio	Lugares de servicio
☐ Visitas como paciente hospitalizado:		
☐ Resumen del alta		
☐ Reporte operativo		
☐ Todo el expediente		
☐ Otro: _____		
☐ Operación ambulatoria		
☐ Reporte operativo		
☐ Todo el expediente		
☐ Otro: _____		
☐ Departamento de Emergencias (ER)		
☐ Consultorio médico ambulatorio:		
☐ Nombre del proveedor: _____		
☐ Clínica ambulatoria:		
☐ Nombre de la clínica: _____		
☐ Resultados de las pruebas:		
☐ Reportes de cateterismo cardíaco	☐ Reportes de radiología	☐ Reportes de patología
☐ Películas de cateterismo cardíaco	☐ Imágenes de radiología	☐ Muestras de patología
☐ Otros (especifique): _____		
Expediente que se revelará:	☐ incluir ☐ no incluir	Información relacionada con el VIH
	☐ incluir ☐ no incluir	Expediente sobre el abuso de alcohol y drogas
	☐ incluir ☐ no incluir	Expediente psiquiátrico
	☐ incluir ☐ no incluir	Resultados de pruebas genéticas

Autorización de la revelación de registros a

- ☐ Proveedor de atención médica
☐ Fuerzas del orden público
☐ Compañía de seguros o persona designada
☐ Empleador

- ☐ Abogado
☐ Tribunal
☐ Otro

Nombre

Dirección

Motivos de la revelación:

☐ Solicitud del paciente

☐ Solicitud de beneficios

☐ Otro:

Compruebe el formato/modo de entrega solicitado

- ☐ Papel/correo ☐ Disco/correo ☐ PDF/correo electrónico

Correo electrónico al que debe enviarse el expediente (obligatorio):

No condicionaremos el tratamiento o el pago a que usted firme esta autorización. Sin embargo, si se niega a firmar, no revelaremos su expediente.

Entiendo que esta autorización es válida por un año a partir de esta fecha o hasta _____ y puedo revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que Mount Sinai ya haya tomado medidas basadas en mi autorización.

Entiendo que las solicitudes de copias del expediente médico están sujetas a cargos de reproducción permitidas por las leyes y reglamentaciones, y que tendré la oportunidad de modificar o retirar mi solicitud si no quiero pagar dichos cargos.

Entendimientos específicos

Entiendo que este consentimiento puede incluir la revelación del expediente de abuso de alcohol y drogas, del expediente psiquiátrico o de información relacionada con el VIH (que indique que me hicieron una prueba relacionada con el VIH, o que tengo infección por VIH, una enfermedad relacionada con el VIH o sida, o que pueda indicar que he estado potencialmente expuesto al VIH).

Si autorizo la revelación de información relacionada con VIH/sida, tratamiento por abuso de alcohol o drogas, o tratamiento de salud mental, los receptores tienen prohibido volver a revelar la información sin mi autorización, a menos que la ley federal o estatal lo permita. También tengo derecho a solicitar una lista de personas que puedan recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si usted sufre discriminación debido a la divulgación o revelación de información relacionada con el VIH, puede comunicarse con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (New York State Division of Human Rights) al 800-523-2437 o 212-480-2493, o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Commission on Human Rights) al 212-306-7450.

Firmando este formulario de autorización, autorizo el uso o la revelación de mi información médica protegida según lo descrito arriba. Esta información puede redistribuirse si los receptores mencionados en este formulario no están obligados por ley a proteger la privacidad del paciente, y dicha información ya no está protegida por las reglamentaciones federales de privacidad de la información médica.

Paciente, * tutor o representante**

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Hora

Relación o "el mismo"

Dirección

Teléfono

* La firma del paciente debe obtenerse a menos que el paciente sea menor de 18 años o que no tenga capacidad.

** En este documento, el término "representante" se refiere a un representante legalmente autorizado.

Envíe el formulario completo al área más apropiada que se menciona abajo

Lugar	Dirección	Teléfono
The Mount Sinai Hospital	The Mount Sinai Hospital HIM/Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	212-241-7607
Mount Sinai Beth Israel	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management/Medical Records 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	212-420-2665
Mount Sinai Brooklyn	Mount Sinai Brooklyn Health Information Management 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234	718-951-2806
Mount Sinai Morningside	Mount Sinai Morningside Health Information Management 1090 Amsterdam Avenue, 13th Floor, Suite B, New York, NY 10025	212-523-3265
Mount Sinai Queens	Mount Sinai Queens HIM/Medical Records 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11102	718-808-7683
Mount Sinai South Nassau	Mount Sinai South Nassau Health Information Management One Healthy Way, Oceanside, NY 11572	516-632-3907
Mount Sinai West	Mount Sinai West Health Information Management 1000 Tenth Avenue, New York, NY 10019	212-523-6623
New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai	New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai Medical Records 310 East 14th Street, New York, NY 10003	212-979-4352
The Blavatnik Family Chelsea Medical Center	The Blavatnik Family Chelsea Medical Center Health Information Management 325 West 15th Street, New York, NY 10011	212-604-6045
Mount Sinai-Behavioral Health Center	Mount Sinai-Behavioral Health Center Health Information Management/Medical Records 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	212-420-2665
Mount Sinai-Union Square	Mount Sinai-Union Square Health Information Management/Medical Records Attn: Outpatient Team 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	212-420-2665
Doctores en Mount Sinai	Llame al consultorio médico para obtener información sobre la dirección O Mount Sinai Doctors Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	Comuníquese con el consultorio médico individual o solicite el expediente en línea ingresando a la siguiente dirección web en su navegador: swellbox.com/mtsinai-wizard.html