



FORMA PARA PEDIR INFORMACION MÉDICA

Nombre
Del Paciente _____
(Apellido) (Primer) (Segundo)

Número de Unidad _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____
mes / día / año

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

FAVOR DE MARCAR TODO LO QUE ES APLICABLE :

SE PIDE : Inspección Copias @ \$0.12 por pagina

HISTORIAL	FACTURA	FECHA DE SERVICIO	DOCUMENTOS
<input type="checkbox"/> El documento entero	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ingresos	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Visitas al la Emergencia	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cirurgia ambulatoria	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Clinicas en Manhattan	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> AHC	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dialysis	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> IMA	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Jack Martin	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> NRC	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> OB/GYN	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pediatrics	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychiatry	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Radiation Oncology	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Specialty _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Clinicas en Queens	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Family Health Associate	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Senior Health Center	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Industrial Health Center	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> FPA Practice :	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____
<input type="checkbox"/> Radiografía/Placas/Informes	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Patología Portaobjetos	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Acuerdo Y Firma
(Patient Understanding and Signature)

Por mi firma debajo, pido que Mount Sinai me provee con acceso a mi información de salud en la manera antedicha. Entiendo que será avisado si hay cobros para un resumen o una explicación, y que puedo modificar o cancelar mi aplicación si no deseo pagar.

Paciente _____ Fecha _____

Representativo personal: _____ Letra de molde _____
(Representativo personal firma solamente si el paciente es incompetente es de menor edad)

Autoridad _____ Fecha _____
Dirección _____ Número de teléfono _____

(Representativo personal firma solamente si el paciente es incompetente es de menor edad)

Fecha en que se necesita: _____ Razón _____

Favor de llenar esta forma y enviar al lugar más apropiado debajo:

Send completed form to the most appropriate area listed below:

Mount Sinai Hospital
Medical Records
One Gustave L. Levy Place – Box 1111
New York, N.Y. 10028

FPA Patient Rights Coordinator
One Gustave L. Levy Place – Box 1061
New York, NY 10028

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

Northshore Medical Group
Medical Records
Huntington, NY

Other: _____

<p>Date Received: (MO/DY/YR) _____/_____/_____</p> <p>Disposition of Request: _____ GRANTED _____ DENIED _____ PARTIALLY DENIED</p> <p>Patient Notified in Writing Of Response On This Date: (MO/DY/YR) _____/_____/_____</p> <p>Fee Charged For Fulfilling This Request (if applicable): \$ _____</p> <p>Name or Initials of Records Department Staff Member Processing This Request: _____</p>
--

Mail Out Will Pick Up