



**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA A UN TERCERO**  
**PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO THIRD PARTY**

**ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
**PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION**

<b>APELLIDO:</b> <i>LAST NAME</i>	<b>NOMBRE:</b> <i>FIRST NAME</i>	<b>SEGUNDO NOMBRE:</b> <i>MIDDLE</i>
Nombre al momento del tratamiento (si es diferente al anterior) <i>Name at Time of Treatment (If different than above)</i>		
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): <i>Date of Birth (MM/DD/YYYY):</i>	Teléfono: <i>Phone:</i>	Correo electrónico (opcional): <i>Email (optional):</i>
Dirección: <i>Street Address</i>	Ciudad y estado: <i>City &amp; State</i>	Código postal: <i>Zip Code</i>

**UBICACION(ES) DE SERVICIO** (marque solo los lugares donde recibió servicios):  
**LOCATION(S) OF SERVICE** (check only those where you received services):

<input type="checkbox"/> Mount Sinai Beth Israel	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Hospital
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Queens	<input type="checkbox"/> New York Eye and Ear Infirmary en Mount Sinai
<input type="checkbox"/> Mount Sinai West (también llamado Roosevelt)	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Brooklyn (también llamado Kings Highway)
<input type="checkbox"/> Mount Sinai St. Luke's	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Union Square
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Chelsea	<input type="checkbox"/> Otra. Especifique cuál: _____
<input type="checkbox"/> Consultorio médico de la Facultad de Medicina de Mount Sinai:	
<input type="checkbox"/> Long Island	<input type="checkbox"/> Manhattan/Queens
<input type="checkbox"/> Brooklyn	<input type="checkbox"/> Bronx/Westchester
<input type="checkbox"/> Staten Island	

**LLENE CON LA INFORMACIÓN Y MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN**  
**PLEASE FILL IN INFORMATION AND CHECK ALL BOXES THAT APPLY**

<b>Expedientes/información solicitados</b> <i>Records/Information Requested</i>	<b>Fechas de servicio</b> <i>Date(s) of Service</i>	<b>Ubicaciones de servicio</b> <i>Location(s) of Service</i>
<input type="checkbox"/> Visitas como paciente hospitalizado: <i>Inpatient Visit(s)</i>		
<input type="checkbox"/> Resumen del alta <i>Discharge Summary</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Informe operativo <i>Operative Report</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Todo el expediente <i>Entire Record</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>Other</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Operación quirúrgica ambulatoria <i>Ambulatory Surgery</i>		
<input type="checkbox"/> Informe de la operación quirúrgica <i>Operative Report</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Todo el expediente <i>Entire Record</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>Other</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia (ER) <i>Emergency Department (ER)</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Consultorio del médico para pacientes ambulatorios <i>Outpatient Physician Office</i>		
<input type="checkbox"/> Nombre del proveedor _____ <i>Provider Name</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Clínica para pacientes ambulatorios <i>Outpatient Clinic</i>		
<input type="checkbox"/> Nombre de la clínica _____ <i>Clinic Name</i>	_____	_____



<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas: <i>Test Results</i>			
<input type="checkbox"/> Informe de cateterismo cardíaco <i>Cardiac Cath Reports</i>	<input type="checkbox"/> Informes de radiología <i>Radiology Reports</i>	<input type="checkbox"/> Informes de patología <i>Pathology Reports</i>	<input type="checkbox"/> Laboratorio <i>Laboratory</i>
<input type="checkbox"/> Películas de cateterismo cardíaco <i>Cardiac Cath Films</i>	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología <i>Radiology Images</i>	<input type="checkbox"/> Lamillas de patología <i>Pathology Slides</i>	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>Other</i>			
<b>Expedientes a revelar:</b> <b>Records to be disclosed:</b>		<input type="checkbox"/> incluir <i>do include</i>	<input type="checkbox"/> no incluir información relacionada con el VIH <i>do not include HIV-related information</i>
		<input type="checkbox"/> incluir <i>do include</i>	<input type="checkbox"/> no incluir expediente de abuso de alcohol y drogas <i>do not include Alcohol and Drug Abuse records</i>
		<input type="checkbox"/> incluir <i>do include</i>	<input type="checkbox"/> no incluir expedientes psiquiátricos <i>do not include Psychiatric Records</i>
		<input type="checkbox"/> incluir <i>do include</i>	<input type="checkbox"/> no incluir resultados de pruebas genéticas <i>do not include Genetic Testing Results</i>

**Se autoriza la revelación de expedientes a:**  
**Authorizing release of records to:**

<input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica <i>Healthcare Provider</i>	<input type="checkbox"/> Compañía de seguros o persona designada <i>Insurance Company or Designee</i>	<input type="checkbox"/> Abogado <i>Attorney</i>	<input type="checkbox"/> Tribunal <i>Court</i>
<input type="checkbox"/> Orden público <i>Law Enforcement</i>	<input type="checkbox"/> Empleador <i>Employer</i>	<input type="checkbox"/> Otro: _____ <i>Other</i>	

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Name*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Address*

**Motivo de la revelación**       Solicitud del paciente       Solicitud de beneficios       Otro: \_\_\_\_\_  
**Reason for Disclosure**      *Patient Request*      *Benefits Application*      *Other*

**MARQUE EL FORMATO/MODO DE ENTREGA SOLICITADO**  
**PLEASE CHECK REQUESTED FORMAT/MODE OF DELIVERY**

<input type="checkbox"/> IMPRESO/CORREO <i>PAPER/MAIL</i>	<input type="checkbox"/> DISCO/CORREO <i>DISC/MAIL</i>	<input type="checkbox"/> PDF/CORREO ELECTRÓNICO: Correo electrónico para enviar expediente a (OBLIGATORIO): _____ <i>PDF/EMAIL: Email to send record to (REQUIRED):</i>
--	---	--

Nosotros no condicionaremos el tratamiento ni el pago a que firme esta autorización. Sin embargo, si usted se rehúsa a firmarla no revelaremos sus expedientes.

Entiendo que esta autorización tiene validez de un año a partir de esta fecha o hasta \_\_\_\_\_ y puedo revocarla en cualquier momento excepto en la medida en que Mount Sinai haya tomado acciones con base en mi autorización.

Entiendo que las solicitudes de copias de expedientes médicos están sujetas al cobro de las tarifas de reproducción que permiten las leyes y los reglamentos y que tendré la oportunidad de modificar o retirar mi solicitud si no deseo pagar esas tarifas.

**ACUERDOS ESPECÍFICOS**

Estoy enterado de que este consentimiento puede incluir la divulgación de los expedientes sobre abuso de alcohol y drogas o expedientes psiquiátricos o información relacionada con el VIH (indicando que me hicieron una prueba relacionada con el VIH o que tengo una infección de VIH, enfermedad relacionada con el VIH o SIDA o que podría indicar que he estado potencialmente expuesto al VIH).

Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, tratamiento por el consumo de alcohol y drogas o tratamiento de salud mental, el destinatario tiene prohibido volver a revelar la información sin mi autorización, a menos que la ley federal y del estado lo permitan. También tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufre discriminación por la revelación de la 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), llamando al (800) 523-2437/ (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.

Al firmar este formulario de autorización, autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud protegida como se describe arriba. Esta información se puede volver a revelar si el destinatario descrito en este formulario no está obligado por ley a proteger la privacidad de la información del paciente y dicha información ya no esté protegida por los reglamentos federales de privacidad de la información de salud.



Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_*

Representante personal (el representante personal debe firmar solamente si el paciente es menor de edad o no puede firmar en su nombre)  
*Personal Representative (Personal Representative to sign only if patient is a minor or unable to sign on his/her behalf)*

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre en  
*Signature: \_\_\_\_\_ letra de molde: \_\_\_\_\_*  
*Print Name: \_\_\_\_\_*

Autoridad: \_\_\_\_\_ Tel. N.º: \_\_\_\_\_  
*Authority: \_\_\_\_\_ Tel. No: \_\_\_\_\_*

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Address: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_*

**ENVÍE EL FORMULARIO LLENO AL ÁREA QUE CORRESPONDA QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN**

Lugar	Dirección	Número de 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 Queens	Mount Sinai Queens HIM/Medical Records 25-10 30th Avenue Long Island City, NY 11102	718-808-7683
Mount Sinai Beth Israel	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management First Avenue at 16th Street New York, NY 10003	212-420-2665 x-0
Mount Sinai Brooklyn	Mount Sinai Brooklyn Health Information Management 3201 Kings Highway Brooklyn, NY 10025	718-951-2806
Mount Sinai Doctors Faculty Practice	Presentar solicitudes directamente al consultorio médico. Llame al consultorio médico para obtener información sobre la dirección O BIEN, Mount Sinai Doctors Faculty Practice – Medical Records 1 Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	Individual Practice
Mount Sinai Union Square	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management First Avenue at 16th Street New York, NY 10003 Attn: Outpatient Team	212-844-5275
Mount Sinai St. Luke's	Mount Sinai St. Luke's Health Information Management 1111 Amsterdam Avenue New York, NY 10025	212-523-3265
Mount Sinai West	Mount Sinai West Health Information Management 1000 Tenth Avenue New York, NY 10019	212-523-6623
Mount Sinai Chelsea	Mount Sinai Downtown Chelsea Health Information Management 325 West 15th Street New York, New York 10011	212-604-6045
New York Eye and Ear Infirmary	New York Eye and Ear Infirmary Medical Records 310 East 14th Street New York, NY 10003	212-979-4352