



43530

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA/EXPEDIENTES MÉDICOS**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Nombre del paciente (escriba en letra de molde):   |  | Apellido de soltera u otro nombre (escriba en letra de molde): | Fecha de nacimiento del paciente:<br>/ / |
| Dirección del paciente (escriba en letra de molde):  |  |  |  |
| Teléfono (Código de área y número):<br>( )   | Dirección de correo electrónico (escriba en letra de molde): |  | Número de expediente médico:             |
| Nombre, dirección y número de teléfono de la(s) persona(s) o entidad(es) a quien(es) se enviará esta información. Verifique si es igual a lo indicado anteriormente <input type="checkbox"/><br>Enviar a (escriba en letra de molde):  |  |  |  |
| Dirección (escriba en letra de molde):   |  |  |  |
| Teléfono (Código de área y número):<br>( )   |  |  |  |
| Marque el nombre del Centro que divulgará la información o elija Otro proveedor de atención médica (especifique):<br><input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center (NYP/Allen Hospital; NYP/Morgan Stanley Children's Hospital) <input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center<br><input type="checkbox"/> NYP/Westchester Division <input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan<br><input type="checkbox"/> Otro (Proporcione el nombre de la entidad) _____<br>(escriba en letra de molde)  |  |  |  |
| Especifique la información que se divulgará (los expedientes médicos no se divulgarán a menos que se identifique una fecha del(de los) servicio(s) en este formulario):<br>Expediente médico del (ingrese la fecha) _____ al (ingrese la fecha) _____<br><input type="checkbox"/> Admisión en el hospital <input type="checkbox"/> Departamento de Emergencias <input type="checkbox"/> Cirugía ambulatoria <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio<br>Especifique los informes solicitados (es decir, pruebas de laboratorio, informes de radiología, informes operatorios, resumen del alta, etc.):  |  |  |  |
| Incluya (Indique escribiendo sus iniciales a continuación): Tenga en cuenta que la información no se divulgará si no escribe sus iniciales.<br>_____ Tratamiento por consumo de drogas/alcohol _____ Información relacionada con el VIH/SIDA<br>_____ Tratamiento de salud mental (excepto las notas de psicoterapia) _____ Información de pruebas genéticas   |  |  |  |
| Considere el entorno. Cuando sea posible, NewYork-Presbyterian proporcionará la información que usted solicite de manera electrónica, marque su preferencia:<br><input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> Entrega electrónica   |  |  |  |
| Los pacientes con una cuenta activa en myNYP.org pueden solicitar entrega electrónica sin costo a través del portal web seguro del paciente. Confirme y escriba sus iniciales a continuación:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Tengo una cuenta activa en myNYP.org y comprendo que el(los) expediente(s) médico(s) que solicité se enviará(n) a mi cuenta en myNYP.org;</li> <li>• Si mi(s) expediente(s) médico(s) no se puede(n) enviar a mi cuenta en myNYP.org, será(n) enviado(s) a la dirección indicada anteriormente en CD/DVD</li> </ul>  |  |  |  |
| Iniciales del paciente o del representante personal _____  |  |  |  |
| El(los) propósito(s) por el(los) cual(es) la divulgación se autoriza (marque donde aplique): <input type="checkbox"/> Solicitud de la persona de atención médica <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Legal<br><input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____<br>(escriba en letra de molde)  |  |  |  |
| Yo, o mi representante autorizado, solicito que se divulgue la información médica relacionada con mi atención y tratamiento en NewYork-Presbyterian Hospital (NYP) como se describe en este formulario. Entiendo que:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Puedo inspeccionar y/o recibir una copia de la información descrita en esta Autorización al completar este formulario y al firmar a continuación.</li> <li>• A los proveedores se les permite cobrar cuotas razonables para recuperar los costos de las inspecciones y/o las copias.</li> <li>• El tratamiento y el pago no dependen de que usted firme esta autorización. Firmar es voluntario, sin embargo, si usted se niega a firmar, NYP no divulgará sus expedientes.</li> <li>• Es necesaria mi autorización específica para la divulgación de la información del tratamiento por consumo de drogas o alcohol relacionado con el VIH/SIDA o el tratamiento de salud mental, y el receptor tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización a menos que se le permita hacerlo bajo la ley federal o estatal. Si sufro discriminación debido a la divulgación o la revelación de la información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, llamando al (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York, llamando al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.</li> <li>• La información relacionada con el tratamiento por consumo de drogas/alcohol o la información confidencial relacionada con el VIH/SIDA que se divulgue por medio de este formulario debe ir acompañada de las declaraciones necesarias sobre la prohibición de volver a divulgar.</li> <li>• Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al proporcionar un aviso por escrito a NYP, salvo en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.</li> <li>• Entiendo que esta autorización vencerá el: Fecha _____ / _____ / _____ (proporcione la fecha si es menos de 1 año) o 1 año después de haberla firmado.</li> </ul> |  |  |  |
| Firma del paciente/representante personal (por ejemplo, tutor legal)   |  | Fecha  |  |
| Si es el representante personal, escriba el nombre en letra de molde y la relación con el paciente   |  |  |  |
| Testigo o Notario  |  |  |  |

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA/EXPEDIENTES MÉDICOS**

| <b>UNIDADES DE CORRESPONDENCIA MÉDICA</b>  |   |   |                                    |
|--|---|---|------------------------------------|
| <b>LUGAR</b>   | <b>DIRECCIÓN POSTAL</b>   | <b>DIRECCIÓN PARA PRESENTARSE</b>   | <b>NÚMERO DE TELÉFONO</b>          |
| NewYork-Presbyterian Hospital /<br>Columbia University Medical Center<br>Morgan Stanley Children's Hospital<br>of NewYork-Presbyterian Hospital<br>(CHONY)<br>The Allen Hospital (TAH) | 622 West 168th Street<br>Medical Correspondence Unit<br>New York, NY 10032                        | 177 Fort Washington Avenue<br>Milstein Lobby<br>New York, NY 10032                                  | (212) 305-3270                     |
| NewYork-Presbyterian Hospital /<br>Weill Cornell Medical Center  | 525 East 68th Street<br>Medical Correspondence Unit<br>Box 126<br>New York, NY 10065-4879         | 525 East 68th Street<br>Room P-04<br>New York, NY 10065-4879  | (212) 746-0530                     |
| NewYork-Presbyterian Hospital /<br>Westchester Division  | 21 Bloomingdale Road<br>Medical Correspondence Unit<br>Hall H, Room 006<br>White Plains, NY 10605 | 21 Bloomingdale Road<br>Main Lobby – Consulte al<br>personal de Seguridad<br>White Plains, NY 10605 | (914) 997-5725                     |
| NewYork-Presbyterian Hospital /<br>Lower Manhattan   | 170 William Street<br>Medical Correspondence Unit<br>Room M92<br>New York, NY 10038               | 170 William Street<br>Room M92<br>New York, NY 10038  | (212) 312-5121 y<br>(212) 312-5122 |