



NewYork-Presbyterian

The University Hospital of Columbia and Cornell
43530



**Weill Cornell
Medicine**



ColumbiaDoctors

*The Physicians and Surgeons
of Columbia University*

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA/EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del paciente (escriba en letra de molde):	Nombre de soltera u otro nombre (escriba en letra de molde):	Fecha de nacimiento del paciente: / /
Dirección del paciente (escriba en letra de molde)		
Teléfono (código de área y número): ()	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 a quien(es) se enviará esta información. Verifique si es lo mismo a lo indicado anteriormente <input type="checkbox"/> Enviar a (escriba en letra de molde):		
Dirección (escriba en letra de molde):		
Teléfono (código de área y número): ()	Fax (código de área y número): ()	
Marque el nombre del Centro al que se divulgará la información o elija Otro proveedor de atención médica (especifique): Hospital/Paciente hospitalizado		
<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 <input type="checkbox"/> NYP/División Westchester <input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan <input type="checkbox"/> NYP/Lawrence <input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist <input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley <input type="checkbox"/> NYP/Queens		
Paciente ambulatorio/Consultorio del médico <input type="checkbox"/> Columbia Doctors (solamente el expediente de paciente ambulatorio/consultorio del médico) escriba el nombre de su médico en letra de molde: _____ <input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (solamente el expediente de paciente ambulatorio/consultorio del médico) escriba el nombre de su médico en letra de molde: _____ <input type="checkbox"/> Otro (escriba en letra de molde el nombre de la entidad) _____		
Especifique la información que se divulgará (los expedientes médicos no se divulgarán a menos que se identifique una fecha del(los) servicio(s) en este formulario): Expediente médico del (escriba la fecha) ____ / ____ al (escriba la fecha) ____ / ____		
<input type="checkbox"/> Admisión en el hospital <input type="checkbox"/> Departamento de emergencias <input type="checkbox"/> Cirugía ambulatoria <input type="checkbox"/> Solamente el registro de paciente ambulatorio/consultorio del médico Especifique los informes solicitados (es decir, análisis de laboratorio, informes de radiología, informes quirúrgicos, resumen del alta, etc.): _____		
Nota: Si necesita imágenes de radiología/rayos X, envíe una copia de esta solicitud al Departamento de Radiología del centro en donde se le hizo el procedimiento.		
Incluir (indique escribiendo sus iniciales a continuación): tenga en cuenta que la información no se divulgará si no escribe sus iniciales.		
_____ Tratamiento/pruebas por drogas/alcohol _____ Información relacionada con el VIH/SIDA _____ Pruebas/tratamiento de salud mental (excepto las notas de psicoterapia) _____ Información de pruebas genéticas		
Por favor, piense en el medio ambiente. Cuando sea posible, le proporcionaremos la información que usted solicite de manera electrónica, marque su preferencia:		
<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> Unidad flash (con restricciones) <input type="checkbox"/> Envío por medios electrónicos (a MyChart (Mi ficha)/portal de myNYP.org, si está disponible, si corresponde) <input type="checkbox"/> Correo electrónico, (no es un medio seguro)		
Los pacientes con una cuenta activa de expedientes médicos (portal del paciente) pueden solicitar sin costo una entrega electrónica a través del portal web seguro del paciente. Confirme y escriba sus iniciales a continuación:		
Tengo una cuenta activa del portal web seguro para pacientes y entiendo que el(los) expediente(s) médico(s) que solicité se enviará(n) a mi cuenta del portal del paciente en: <input type="checkbox"/> MyChart (Mi ficha)/myNYP.org		
Si mi(s) expediente(s) médico(s) no se puede(n) enviar a mi cuenta del portal del paciente, será(n) enviado(s) a la dirección indicada anteriormente en un medio portátil cifrado (por ej., CD/DVD, Unidad flash [con restricciones] , etc.)		
Iniciales del paciente o del representante personal _____		
El(los) propósito(s) por el(los) cual(es) la divulgación se autoriza (marque lo que aplique): <input type="checkbox"/> Solicitud de la persona <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Inmunización <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ (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), Columbia Doctors (CD) o Weill Cornell Medicine (WCM) como se describe en este formulario. Entiendo que:

- Puedo inspeccionar y/o recibir una copia de la información descrita en esta Autorización al completar este formulario y al firmar a continuación.
- A los proveedores se les permite cobrar cuotas razonables para recuperar los costos de las inspecciones y/o las copias.
- El tratamiento y el pago no están condicionados a que usted firma esta autorización. Firmar es voluntario, sin embargo, si usted se niega a firmar, ni NYP ni CD, ni WCM divulgarán sus expedientes.
- 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 de conformidad con lo que dispone la ley federal o estatal. Si sufro discriminación debido a la divulgación de la información relacionada con el VIH, puedo comunicarme a la Division of Human Rights (División de Derechos Humanos) del Estado de Nueva York, llamando al (212) 480-2493 o a la Commission of Human Rights (Comisión de Derechos Humanos) de la Ciudad de Nueva York, llamando al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- La información relacionada con el tratamiento por consumo de drogas/alcohol o la información confidencial relacionada con el VIH/SIDA que se divulga por medio de este formulario debe ir acompañada de las declaraciones necesarias relacionadas con la prohibición de hacer nuevas divulgaciones.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a NYP/CD/WCM, salvo en la medida en que ya se haya actuado basado en esta autorización.

Entiendo que esta autorización vencerá el: Fecha _____ / _____ / _____ (indique la fecha si es en menos de 1 año) o 1 año después de haberla firmado.

Firma del paciente/representante personal (por ej., tutor legal) _____ Fecha _____ / _____ / _____

Si es el representante personal, escriba su nombre en letra de molde y la relación que tiene con el paciente:

Nombre del representante personal _____ Relación _____

Testigo/Notario _____