



New York-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
 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
 NYP/Columbia University Medical Center (NYP/Allen Hospital; NYP/Morgan Stanley Children's Hospital) NYP/Weill Cornell Medical Center
 NYP/División Westchester NYP/Lower Manhattan NYP/Lawrence NYP/Brooklyn Methodist NYP/Hudson Valley NYP/Queens

Paciente ambulatorio/Consultorio del médico
 Columbia Doctors (solamente el expediente de paciente ambulatorio/consultorio del médico)
 escriba el nombre de su médico en letra de molde: _____
 Weill Cornell Medicine (solamente el expediente de paciente ambulatorio/consultorio del médico)
 escriba el nombre de su médico en letra de molde: _____
 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) ___/___/___
 Admisión en el hospital Departamento de emergencias Cirugía ambulatoria
 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
 _____ Pruebas/tratamiento de salud mental (excepto las notas de psicoterapia)
 _____ Información relacionada con el VIH/SIDA
 _____ 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:
 CD DVD Unidad flash (con restricciones) Envío por medios electrónicos (a MyChart (Mi ficha)/portal de myNYP.org, **si está disponible, si corresponde**) 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: 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): Solicitud de la persona Atención médica Seguro médico
 Inmunización Legal 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 _____