



NewYork-Presbyterian
The University Hospital of Columbia and Cornell
43530



**Weill Cornell
Medicine**



COLUMBIA
COLUMBIA UNIVERSITY
IRVING MEDICAL CENTER

Nombre del PACIENTE (en letra de molde):		Nombre de soltera u otro nombre (en letra de molde):	Fecha de nacimiento del paciente: / /
Dirección del paciente (en letra de molde):			Apt/unidad/habitación del paciente (en letra de molde):
Ciudad (en letra de molde):		Estado (en letra de molde):	Código de área (en letra de molde):
Teléfono del paciente: ()		Correo electrónico del paciente (en letra de molde):	
Nombre del DESTINATARIO (en letra de molde): Verifique si es igual al anterior y salte a la próxima sección: <input type="checkbox"/>			
Dirección del destinatario (en letra de molde):			Apt/unidad/habitación del destinatario (en letra de molde):
Ciudad (en letra de molde):		Estado (en letra de molde):	Código de área (en letra de molde):
Teléfono del destinatario: ()	Número de Fax del destinatario: ()	Correo electrónico del destinatario (en letra de molde):	
MOTIVO DE LA SOLICITUD , por favor, indique el propósito de la revelación del expediente: <input type="checkbox"/> Solicitud del paciente <input type="checkbox"/> Atención en otro centro/proveedor <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Propósitos legales <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación de trabajador <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique): _____			
ENTIDAD A LA QUE SE VA A REVELAR. Marque el nombre(s) del centro(s) al que se revelará la información o elección de otro proveedor de cuidado de salud y especifique: Hospital/Centro de paciente ingresado <input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Irving Medical Center <input type="checkbox"/> NYP/Morgan Stanley Children's Hospital <input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital <input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center <input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan <input type="checkbox"/> NYP/Westchester Division <input type="checkbox"/> NYP/Lawrence <input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley <input type="checkbox"/> NYP/Westchester Division <input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist <input type="checkbox"/> NYP/Queens <input type="checkbox"/> Gracie Square Hospital Consultorio de paciente ambulatorio/proveedor(es) <input type="checkbox"/> CUIMC (solo el expediente del consultorio de paciente ambulatorio/proveedor[es]), por favor, escriba el nombre en letra de molde del proveedor (es): _____ <input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (solo el expediente del consultorio de paciente ambulatorio/proveedor[es]), por favor, escriba el nombre en letra de molde del proveedor (es): _____ Servicio auxiliar Solo para placas de radiología/estudios de imágenes: <input type="checkbox"/> Radiología de NYP <input type="checkbox"/> Imágenes de Weill Cornell en NYP Solo para diapositivas de patología: <input type="checkbox"/> Laboratorio de NYP Otro proveedor de cuidado de salud (especifique y escriba el nombre del proveedor/entidad en letra de molde): _____			



NewYork-Presbyterian

The University Hospital of Columbia and Cornell
43530



Weill Cornell
Medicine



COLUMBIA

COLUMBIA UNIVERSITY
IRVING MEDICAL CENTER

INFORMACIÓN PARA REVELAR, especifique cuáles expedientes médicos deben ser revelados: Todas las fechas O Especifique fechas (abajo)
Fechas del Servicio: desde ___/___/___ a ___/___/___ (los expedientes no se revelarán a no ser que la sección de Fechas del Servicio esté completa)

Expedientes médicos para revelar:

- Todo el expediente médico
- Expedientes de paciente ingresado/hospital
- Expedientes del consultorio de paciente ambulatorio/proveedor(es)
- Expediente dental

O Especifique solo los expedientes para revelar:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Solo expedientes de ingreso en hospital | <input type="checkbox"/> Solo informes operativos | <input type="checkbox"/> Resúmenes del alta |
| <input type="checkbox"/> Solo Departamento de Emergencia | <input type="checkbox"/> Informes de cirugía ambulatoria | <input type="checkbox"/> Declaración detallada de facturas |
| <input type="checkbox"/> Solo informes de radiología | <input type="checkbox"/> Solo estudios/imágenes radiológicas | <input type="checkbox"/> Solo informes de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Solo notas del proveedor | <input type="checkbox"/> Solo informes de consulta | <input type="checkbox"/> Solo lista de inmunizaciones |

Otros expedientes para revelar (especifique): _____

AUTORIZACIÓN ADICIONAL PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. Los expedientes que contengan información confidencial **solo serán revelados** si el paciente/representante autorizado escribe sus iniciales en los ítems apropiados abajo (se deben escribir las iniciales en cada sección que se va a revelar):

- | | |
|--|--|
| _____ Expedientes de pruebas/ tratamiento de alcohol/drogas | _____ Información relacionada con VIH/SIDA |
| _____ Pruebas/ tratamiento de salud mental (excepto notas de psicoterapia) | _____ Información de pruebas genéticas |

OTROS COMENTARIOS/NOTAS:

MÉTODO PARA REVELAR. Cuando sea posible, proporcionaremos la información que usted solicitó electrónicamente, por favor, marque su preferencia:

- Portal de paciente (conectar): Solo los pacientes con una cuenta activa (conectar el portal de paciente) pueden solicitar la entrega electrónica mediante un sitio web seguro del portal de paciente sin costo
- Correo electrónico
- CD/ memoria flash (si está disponible)
- Fax
- Papel

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD / EXPEDIENTES MÉDICOS. Por favor, revise y firme. Yo o mi representante autorizado, solicito que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento sea revelada como se describe en este formulario. Entiendo que:

1. Puedo inspeccionar y/o recibir una copia de la información descrita en esta Autorización al completar este formulario y al firmar a continuación.
2. A los proveedores se les permite cobrar cuotas razonables para recuperar los costos de las inspecciones y/o las copias.
3. El tratamiento y el pago no están condicionados a que usted firme esta autorización. Firmar es voluntario, sin embargo, si usted se niega a firmar, NYP/CUIMC/WCM no divulgarán sus expedientes.
4. Es necesaria mi autorización específica para la revelación de la información confidencial (es decir, tratamiento por consumo de drogas o alcohol relacionado con el VIH/SIDA, información del tratamiento de salud mental e información de pruebas genéticas) que el destinatario 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 o revelación de la información confidencial, puedo comunicarme a la Division of Human Rights (División de Derechos Humanos) del Estado de New York, llamando al (212) 480-2493 o a la Commission of Human Rights (Comisión de Derechos Humanos) de la Ciudad de New York, llamando al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
5. La información revelada bajo esta autorización puede volver a revelarse por parte del destinatario (excepto como se señaló en el ítem 4 anteriormente) y esta información que se ha vuelto a revelar puede no estar más protegida por la ley federal o estatal.
6. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a NYP/CUIMC/WCM, salvo en la medida en que ya se haya actuado basado en esta autorización.
7. Entiendo que esta autorización vencerá (escriba la fecha): ___/___/___ o 1 año después de haber sido firmada.

Firma del paciente/representante autorizado: _____ Fecha: ___/___/___

Si es el representante autorizado, escriba su nombre en letra de molde y la relación con el paciente y proporcione la documentación justificativa según sea adecuado:

Nombre: _____ Relación: _____