



AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION MEDICA A TERCERA PARTE

Nombre Del Paciente _____
(Apellido) (Primer) (Segundo)

Número de Unidad _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Teléfono ____ / ____ / ____

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

FAVOR DE MARCAR TODO LO QUE ES APLICABLE :

- Manhattan Queens Huntington

Autorizo a Mount Sinai a revelar información médica sobre mi:

- Visita a la Sala de Emergencia _____ fecha(s) _____
- Clínica de (especifique) _____ fecha(s) _____
- Práctica de FPA/
Nombre de Proveedor _____ fecha(s) _____
- Ingreso(s) _____ fecha(s) de dar de alta _____
(Fecha(s) de admission)
- Cirugía Ambulatoria _____ fecha _____
- Especifique (i.e. informes de operación/exámenes de laboratorios)
_____ fecha _____

Revelación de registros : Incluye ___ No incluye ___ Información relacionada al VIH. Marque uno

- Para Proveedor de atención médica Compañía de Seguro Abogado
- La Corte Agencia de la Ley Empleador
- Otro _____

Nombre: _____

Dirección _____

Razón por dar de conocer la información :

- Pedido por el paciente Otro

No haremos restricciones en tratamiento o pagos sobre su firma de esta autorización. Pero si niega firmar no entregamos su registro/hoja clínica.

1 - Medical Record Copy

2 - Patient Copy

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACION ES VALIDA POR UN AÑO DE LA FECHA DE HOY Y PUEDE SE REVOCADA POR MI EN CUALQUIER MOMENTO, A MENOS QUE MOUNT SINAI YA HA TOMADO ACCION RELACIONADO A MI AUTORIZACION.

Acuerdos Especificos
(Specific Understandings)

Entiendo que este consentimiento puede incluir revelación de Abuso de alcohol y drogas y/o historial Psiquiatra y/o información relacionada al VIH (indicando que he tenido un examen para VIH, o tengo infección de VIH, o enfermedad relacionado al VIH, o Sida o que pueda indicar que yo potencialmente ha sido expuesto al VIH)

Si doy de conocer la información relacionada al VIH, los que reciben la información son prohibidos de discluir cualquier información relacionada al VIH sin autorización, a menos que tienen autorización bajo de la ley federal o estatal. Además, tengo el derecho de pedir una lista de personas que puedan recibir o utilizar mi infomación relacionada al VIH sin autorización.

Si sufro discriminación por la revelación de información sobre el VIH puedo contactar a : The New York State Division of Human Rights al número : 800-523-2437, 212-480-2493 o The New York City Commission on Human Rights al número 212-360-7450.

Por la firma de esta autorización, autorizo la utilación o revelación de mi información de salud protegida como antedicho. Esta información puede ser revelada otra vez si el destinatario como descrito en este formulario no es requerido por ley a proteger la privacidad de la información, y tal información ya no es protegida por regulaciones federales.

Paciente_(firma)_____ Fecha_____
 Representativo Personal(firma)_____ Letra de molde_____

Autoridad_____ Fecha_____
 Dirección_____ Número de teléfono_____

(Representativo personal firma solamente si el paciente es incompetente o es de menor edad)
{Personal Representative to sign only if patient is a minor or incompetent}.

Para pedir registro/hoja clínica o para revocar autorización favor de escribirle a:
To request records or to revoke authorization send a written request to:

Mount Sinai Hospital
Medical Records
One Gustave L. Levy Place – Box 1111
New York, NY 10029

Faculty Practice Associates
Patient Rights Coordinator
One Gustave L. Levy Place – Box 1621
New York, NY 10029

Mount Sinai Hospital Queens
Medical Records
25-10 30th Avenue
Long Island City, NY 11102

Northshore Medical Group
Medical Records
Huntington, NY

For Mount Sinai Use Only
Date Received: (MO/DY/YR) _____/_____/_____
Disposition of Request: _____ GRANTED _____ DENIED _____ PARTIALLY DENIED
Patient Notified in Writing Of Response On This Date: (MO/DY/YR) _____/_____/_____
Fee Charged For Fulfilling This Request (if applicable): \$ _____
Name or Initials of Records Department Staff Member Processing This Request: _____

Mail Out Will Pick Up

1 – Medical Records Copy 2 – Patient Copy