



# FORMA PARA PEDIR INFORMACION MÉDICA

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer) (Segundo)

Número de Unidad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes / día / año

Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

## FAVOR DE MARCAR TODO LO QUE ES APLICABLE :

SE PIDE :  Inspección  Copias @ \$0.75 por pagina

HISTORIAL	FACTURA	FECHA DE SERVICIO	DOCUMENTOS
<input type="checkbox"/> El documento entero	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ingresos	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Visitas al la Emergencia	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cirurgia ambulatoria	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Clinicas en Manhattan	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> AHC	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dialysis	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> IMA	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Jack Martin	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> NRC	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> OB/GYN	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pediatrics	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychiatry	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Radiation Oncology	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Specialty _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Clinicas en Queens	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Family Health Associate	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Senior Health Center	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Industrial Health Center	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> FPA Practice :	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____
<input type="checkbox"/> Radiografia/Placas/Informes	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Patologia Portaobjetos	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	_____	_____

1 - Medical Records Copy

2 - Patient Copy

# Acuerdo Y Firma

(Patient Understanding and Signature)

Por mi firma debajo, pido que Mount Sinai me provee con acceso a mi información de salud en la manera antedicha. Entiendo que será avisado si hay cobros para un resumen o una explicación, y que puedo modificar o cancelar mi aplicación si no deseo pagar.

Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Representativo personal: \_\_\_\_\_ Letra de molde \_\_\_\_\_  
(Representativo personal firma solamente si el paciente es incompetente es de menor edad)

Autoridad \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_

(Representativo personal firma solamente si el paciente es incompetente es de menor edad)

Fecha en que se necesita: \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

Favor de llenar esta forma y enviar al lugar más apropiado debajo:

Send completed form to the most appropriate area listed below:

⊖ Mount Sinai Hospital  
Medical Records  
One Gustave L. Levy Place – Box 1111  
New York, N.Y. 10028

⊖ FPA Patient Rights Coordinator  
One Gustave L. Levy Place – Box 1061  
New York, NY 10028

⊖ Mount Sinai Hospital Queens  
Medical Records  
25-10 30<sup>th</sup> Avenue  
Long Island City, NY 11102

⊖ Northshore Medical Group  
Medical Records  
Huntington, NY

⊖ Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Entiendo que esta autorización es alida por un ano 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.