



Nombre del <b>PACIENTE</b> (en letra de molde):		Segundo nombre u otro nombre (en letra de molde):	Fecha de nacimiento del paciente: / /												
Dirección del paciente (en letra de molde):			Apt./unidad/suite del paciente (en letra de molde):												
Ciudad del paciente (en letra de molde):		Estado del paciente (en letra de molde):	Código postal del paciente (en letra de molde):												
Teléfono del paciente: ( )		Correo electrónico del paciente (en letra de molde):													
Nombre del <b>RECEPTOR</b> (en letra de molde):		Revise si es el mismo de arriba y pase a la siguiente sección: <input type="checkbox"/>													
Dirección del receptor (en letra de molde):			Apt./unidad/suite del receptor (en letra de molde):												
Ciudad del receptor (en letra de molde):		Estado del receptor (en letra de molde):	Código postal del receptor (en letra de molde):												
Teléfono del receptor: ( )	Fax del receptor: ( )	Correo electrónico del receptor (en letra de molde):													
<b>MOTIVO DE LA SOLICITUD</b> , indique el motivo de la liberación del registro: <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Solicitud del paciente</td> <td><input type="checkbox"/> Atención en algún otro centro/proveedor</td> <td><input type="checkbox"/> Seguro médico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fines legales</td> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad</td> <td><input type="checkbox"/> Vacunas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Indemnización de trabajadores</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Solicitud del paciente	<input type="checkbox"/> Atención en algún otro centro/proveedor	<input type="checkbox"/> Seguro médico	<input type="checkbox"/> Fines legales	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		<input type="checkbox"/> Indemnización de trabajadores			
<input type="checkbox"/> Solicitud del paciente	<input type="checkbox"/> Atención en algún otro centro/proveedor	<input type="checkbox"/> Seguro médico													
<input type="checkbox"/> Fines legales	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Vacunas													
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		<input type="checkbox"/> Indemnización de trabajadores													
<b>ENTIDAD A LA QUE SE REVELA</b> marque los nombres de los centros a los que se revela información o elija Otro proveedor de atención médica y especifique: <p><b>Hospitales/Centros para pacientes hospitalizados</b></p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Westchester</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Westchester Behavioral Health</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Morgan Stanley Children's Hospital</td> <td><input type="checkbox"/> Gracie Square Hospital</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Queens</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/The One</td> </tr> </table> <p><b>Paciente ambulatorio/consultorios de los proveedores/grupos médicos de NYP:</b> Solo para pacientes ambulatorios/registros del consultorio del médico; escriba el nombre del proveedor en letra de molde:</p> <input type="checkbox"/> Columbia University Irving Medical Center (CUIMC): _____ <input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (WCM): _____ <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Brooklyn: _____ <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Hudson Valley: _____ <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Queens: _____ <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Westchester: _____				<input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital	<input type="checkbox"/> NYP/Westchester	<input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center	<input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist	<input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan	<input type="checkbox"/> NYP/Westchester Behavioral Health	<input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center	<input type="checkbox"/> NYP/Morgan Stanley Children's Hospital	<input type="checkbox"/> Gracie Square Hospital	<input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley	<input type="checkbox"/> NYP/Queens	<input type="checkbox"/> NYP/The One
<input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital	<input type="checkbox"/> NYP/Westchester	<input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center													
<input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist	<input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan	<input type="checkbox"/> NYP/Westchester Behavioral Health													
<input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center	<input type="checkbox"/> NYP/Morgan Stanley Children's Hospital	<input type="checkbox"/> Gracie Square Hospital													
<input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley	<input type="checkbox"/> NYP/Queens	<input type="checkbox"/> NYP/The One													
<b>Servicios auxiliares</b> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Radiología de NYP (solo diagnóstico por imagen)</td> <td><input type="checkbox"/> Weill Cornell Imaging at NYP</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio de NYP (solo láminas de patología)</td> <td><input type="checkbox"/> Medicina dental de Columbia</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Radiología de NYP (solo diagnóstico por imagen)	<input type="checkbox"/> Weill Cornell Imaging at NYP	<input type="checkbox"/> Laboratorio de NYP (solo láminas de patología)	<input type="checkbox"/> Medicina dental de Columbia								
<input type="checkbox"/> Radiología de NYP (solo diagnóstico por imagen)	<input type="checkbox"/> Weill Cornell Imaging at NYP														
<input type="checkbox"/> Laboratorio de NYP (solo láminas de patología)	<input type="checkbox"/> Medicina dental de Columbia														
<b>Otro proveedor médico</b> (especifique y escriba el nombre del proveedor/entidad en letra de molde): _____															



INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ, especifique qué registros médicos se deben revelar:

Fechas de servicio: del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (los registros no se revelarán a menos que la sección de las fechas de servicio esté completa).

Registros médicos que se revelarán únicamente:

- Registros médicos completos, Solo reportes operatorios, Resúmenes del alta, Láminas de patología, Solo Departamento de Emergencias, Registros de operación ambulatoria, Facturación detallada, Solo reporte de patología, Solo reportes de radiología, Solo imágenes de radiología, Solo reportes de laboratorio, Resumen de registros médicos, Solo notas del proveedor, Solo reportes de consulta, Solo lista de vacunas.

Otros registros que se revelarán (especifique):

AUTORIZACIÓN ADICIONAL PARA REVELAR INFORMACIÓN SENSIBLE, los registros que tengan información sensible solo se revelarán si el paciente/representante autorizado ponen sus iniciales en las opciones correspondientes de abajo (cada sección que se revelará debe tener las iniciales):

Diagnóstico o tratamiento por consumo de drogas o alcohol, Diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA, Condiciones psicológicas/psiquiátricas, Pruebas genéticas

OTROS COMENTARIOS/NOTAS:

MÉTODO DE REVELACIÓN, cuando sea posible, le enviaremos la información que solicite de manera electrónica. Marque su preferencia:

- Impreso, Fax, CD, Correo electrónico, Portal del paciente (solo los pacientes con una cuenta activa pueden solicitar sin costo una entrega electrónica mediante el portal web seguro del paciente). Visite www.nyp.org/patientportal para crear una cuenta.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA/REGISTROS MÉDICOS, revise y firme. Yo, o mi representante autorizado, solicito que se revele la información médica relacionada con mi atención y tratamiento como se describe en este formulario. Entiendo que:

- 1. Puedo inspeccionar o recibir una copia de la información que se describe en esta Autorización cuando complete este formulario y firmando abajo.
2. A los proveedores se les permite cobrar cargos razonables para recuperar los costos de las inspecciones o las copias.
3. El tratamiento y el pago no están condicionados a si usted firma esta autorización. Firmar es voluntario, sin embargo, si usted se niega a firmar, NYP/CUIMC/WCM no revelará sus registros.
4. Autorizando específicamente la revelación de información sensible (es decir, tratamiento relacionado con VIH/SIDA, tratamiento por consumo de drogas o alcohol, el tratamiento de salud mental y las pruebas genéticas) el receptor tiene prohibido volver a revelar dicha información sin mi autorización, a menos que se le permita hacerlo de conformidad con la ley federal o estatal. Si sufro discriminación por la revelación de información sensible, puedo comunicarme a la División de Derechos Humanos (Division of Human Rights) del estado de Nueva York al (844) 697-3471 o a la Comisión de Derechos Humanos (Commission of Human Rights) de la ciudad de Nueva York al (718) 722-3131. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
5. La información revelada bajo esta autorización se puede volver a revelar por el receptor (exceptuando lo mencionado arriba en el artículo 4) y es posible que esta nueva revelación ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.
6. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando 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 el (escriba la fecha): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ o 1 año después de que se firmó.

Firma del paciente/representante autorizado: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si es el representante autorizado, escriba en letra de molde el nombre y la relación con el paciente y presente la documentación de respaldo correspondiente:

Nombre: Relación: