



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 _____ Información relacionada con el VIH/SIDA
 _____ Pruebas/tratamiento de salud mental (excepto las notas de psicoterapia) _____ 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 _____