

AUTORIZACION PARA EL LANZAMIENTO DE LA INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD (IPS)

Numero Del Paciente: _____	Numero De Suguro Social: _____
Direccion: _____	Numero de Telefono: _____
MR# (Uso de WHMC Unicamente): _____	Fecha de Nacimiento: _____

1. Tipo de Peticion: Solicito por este medio eso: _____ Proporcionar la siguiente (IPS) y procesarla a traves de:

South Nassau Communities Hospital
 Attn: Medical Records Department/Correspondence
 One Healthy Way
 Oceanside, NY 11572
 Phone: 516-632-4523
 Fax: 516-336-2952

universata
 12800 Middlebrook Road, Suite 400
 Germantown, MD 20874
 Phone: 301-916-4700
 Toll Free: 866-683-4700, ext 392
 Fax: 301-916-8776
www.universata.com

O cualquier otra persona que ellos puedan autorizar, y permitirles examinar, fotocopiar, o reproducir, de cualquier manera, todas las porciones deseadas por ellos de los siguientes:

2. Incluya el Rango de las fechas para el lanzamiento del (IPS) (Incluya fecha de la descarga, servicio, ect..) _____

3. Proposito del Lanzamiento: _____

4. Descripcion del (IPS) para ser lanzado: (Marque todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Cirugia Ambulatoria	<input type="checkbox"/> Historia y Comprobacion	<input type="checkbox"/> Fotografias, Cintas de Video
<input type="checkbox"/> Abstracto/Resumen	<input type="checkbox"/> VIH/AID Informacion Relacionada	<input type="checkbox"/> Notas de progresos:
<input type="checkbox"/> Densidad de los Huesos	<input type="checkbox"/> Hospitalizacion	<input type="checkbox"/> Radiacion
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Examenes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Notas de Radiologia
<input type="checkbox"/> Expediente Completo	<input type="checkbox"/> Fecha de Mamografia: _____	<input type="checkbox"/> Reportes de Radiologia
<input type="checkbox"/> Reportes de consultas	<input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental: _____	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar) _____
<input type="checkbox"/> Diagnostico de Resultados de exámenes	<input type="checkbox"/> Reporte de operaciones	<input type="checkbox"/> Informacion de abusos de sustancias
<input type="checkbox"/> Resumen de descarga	<input type="checkbox"/> Visita del paciente no internado	
<input type="checkbox"/> Expediente de sala de emergencia	<input type="checkbox"/> Reporte de Patologia/Diapositivas	
	<input type="checkbox"/> Fecha: _____	

5. Yo Autorizo WHMC para el lanzamiento del IPS al siguiente Remitente. (UNA FACTURA/UNA CUENTA SERÁ ENVIADA PARA CADA PETICIÓN DE REMITENTE)

Mi persona (El Paciente o Guardian) Otro/Doctor (Asegurese de dar la direccion completa)

Nombre: _____	Nombre: _____
Direccion: _____	Direccion: _____
E-mail:* _____	E-mail: _____

**** Para agilizar el envio de los expedientes Medicos, Porfavor proveer su direccion electronica (E-mail)**

6. Responsable Totalmente por la cuenta o factura por la informacion de los expedientes medicos: Complete por favor totalmente

Mi persona (El Paciente o Guardian) Otros:

Nombre: _____	Nombre: _____
Direccion: _____	Direccion: _____

ESTO ES UNA PETICION DEL PACIENTE: EL PACIENTE SE LE COBRARA POR LOS EXPEDIENTES MEDICOS AL MENOS QUE SE INDIQUE DE FORMA DIFERENTE* HONORARIO: \$0.75 POR PAGINA Y POR HONORARIO DE CUMPLIMIENTO (EL COSTO ACTUAL DE LA STAMPILLA).

- Esta autorizacion es aplicable a el paciente con diagnostico relacionado de drogas o alcohol, en el cual titulo 42, parte 2 del codigo de regulaciones federales y/o la ley del Estado de Nueva York de higiene mental, gobierna este solicitud. Mis expedientes medicos pueden contener informacion de pruebas genetica incluyendo resultados de pruebas. Tratamiento y Pago no sera condicionado si yo proporciono o no la autorizacion para cualquier acceso solicitado de SNCH. Esta autorizacion puede ser revocada con una notificacion de forma escrita del infrascrito al departamento de la gerencia de informacion de la salud o a la localizacion aplicable del sitio.
- Esta autorizacion expirara despues de un año de la fecha de la autorizacion.

Yo certifico que he leído, firmado y recibido una copia de esta autorizacion en el momento de mi solicitud.

 Firma del paciente o representante e.g. legal guardian .

 Relacion con el Paciente

 Nombre de la impresion si es otro que el paciente.

 Fecha

Copy Patient