

# Solicitud de acceso del paciente a la información médica



## Escriba en letra de molde la información del paciente

Apellido:

Nombre:

Segundo nombre:

Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente al de arriba)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

Teléfono

Correo electrónico (opcional)

Dirección

Ciudad y estado

Código postal

## Lugares de servicio (marque solo donde recibió servicios):

- The Mount Sinai Hospital
- Mount Sinai Beth Israel
- Mount Sinai Queens
- Mount Sinai West
- Mount Sinai Morningside
- The Blavatnik Family Chelsea Medical Center at Mount Sinai

- New York Eye and Ear Infirmary at Mount Sinai
- Mount Sinai Brooklyn
- Mount Sinai-Union Square
- Mount Sinai-Behavioral Health Center
- Mount Sinai South Nassau

Otro—Especifique:

Médicos de Mount Sinai:

- Long Island
- Manhattan/Queens
- Brooklyn
- Bronx/Westchester
- Staten Island
- Florida

## Complete la información y marque todas las casillas que correspondan

### Registros/información solicitados

### Fechas de servicio

### Lugares de servicio

Expediente médico completo

Consultas como paciente ingresado:

Resumen del alta

Informe operativo

Operación ambulatoria

Departamento de Emergencia (Emergency Department, ER)

Consultorio médico para pacientes ambulatorios

Nombre del proveedor

Clínica ambulatoria

Nombre de la clínica

Expedientes designados

Resultados de pruebas:  Informes de cateterismo cardíaco  Informes de radiología  Informes de patología

Laboratorio  Radiografías de cateterismo cardíaco  Imágenes de radiología

Muestras de patología en portaobjetos

Otro:

**Propósito de la solicitud:**  Personal  Continuación del tratamiento  Beneficios  Otro:

## Marque el formato/modo de entrega solicitado

**Papel:**  Correo  Recogida

**Disco:**  Correo  Recogida

Inspección in situ

**Electrónico:** PDF/correo electrónico: Correo electrónico para enviar el expediente (OBLIGATORIO):

# Solicitud de acceso del paciente a la información médica



Mount Sinai Health System responde a las solicitudes de acceso de los pacientes según la ley HIPAA y las leyes del estado de Nueva York. No condicionaremos el tratamiento ni el pago a la firma de esta autorización. Pero, si se niega a firmar no revelaremos su expediente.

## Entendimiento y firma del paciente

Firmando abajo, solicito que Mount Sinai me permita acceder a la información médica según se describe arriba. Entiendo que las solicitudes de copias de expedientes médicos están sujetas al cobro de tarifas de reproducción permitidas por las leyes y reglamentaciones, y que tendré la oportunidad de modificar o retirar mi solicitud si no quiero pagar esas tarifas.

Firma del paciente o representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*(El representante personal debe firmar solo si el paciente es menor de edad o no puede firmar en su nombre)*

Nombre en letra de molde del representante personal: \_\_\_\_\_ Relación/autoridad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Envíe el formulario completo al lugar más adecuado listado abajo

Centro	Dirección	Información de contacto
<b>The Mount Sinai Hospital</b>	The Mount Sinai Hospital   HIM/Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	<b>212-241-7607</b>
<b>Mount Sinai Queens</b>	Mount Sinai Queens   HIM/Medical Records 25-10 30th Avenue, Astoria, NY 11102	<b>718-808-7683</b>
<b>Mount Sinai Beth Israel</b>	Mount Sinai Beth Israel   Health Information Management 281 First Avenue (First Avenue at 16th Street), New York, NY 10003	<b>212-420-2665 x-0</b>
<b>Mount Sinai-Behavioral Health Center</b>	Mount Sinai-Behavioral Health Center   Health Information Management 281 First Avenue (First Avenue at 16th Street), New York, NY 10003	<b>212-420-2665 x-0</b>
<b>Mount Sinai Brooklyn</b>	Mount Sinai Brooklyn   Health Information Management 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234	<b>718-951-2806</b>
<b>Mount Sinai Doctors</b>	Llame al consultorio para obtener información sobre la dirección - O - Mount Sinai Doctors   Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	Comuníquese con el consultorio individual o solicite los expedientes en línea escribiendo la siguiente dirección web en su navegador: <a href="https://www.swellbox.com/mtsinai-wizard.html">https://www.swellbox.com/mtsinai-wizard.html</a>
<b>Mount Sinai-Union Square</b>	Mount Sinai Beth Israel   Health Information Management 281 First Avenue (First Avenue at 16th Street), New York, NY 10003 Attn: Outpatient Team	<b>212-844-5275</b>
<b>Mount Sinai Morningside</b>	Mount Sinai Morningside   Health Information Management 1090 Amsterdam Avenue, 13th floor, Suite B, New York, NY 10025	<b>212-523-3265</b>
<b>Mount Sinai West</b>	Mount Sinai West   Health Information Management 1000 Tenth Avenue, New York, NY 10019	<b>212-523-6623</b>
<b>Mount Sinai South Nassau</b>	Mount Sinai South Nassau   Health Information Management One Healthy Way, Oceanside, NY 11572	<b>516-632-3907</b>
<b>The Blavatnik Family Chelsea Medical Center at Mount Sinai</b>	The Blavatnik Family Chelsea Medical Center at Mount Sinai Health Information Management 325 West 15th Street, New York, NY 10011	<b>212-604-6045</b>
<b>New York Eye and Ear Infirmary</b>	New York Eye and Ear Infirmary   Medical Records 310 East 14th Street, New York, NY 10003	<b>212-979-4352</b>