

Autorización del paciente para revelación de información médica a terceros



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):

Mount Sinai Beth Israel

The Mount Sinai Hospital

Otro—Especifique:

Mount Sinai Queens

New York Eye and Ear Infirmary at Mount Sinai

Mount Sinai West

Mount Sinai Brooklyn

Médicos de Mount Sinai:

Mount Sinai Morningside

Mount Sinai-Union Square

Long Island Manhattan/Queens Brooklyn

The Blavatnik Family Chelsea Medical Center at Mount Sinai

Mount Sinai South Nassau

Bronx/Westchester Staten Island Florida

Complete la información y marque todas las casillas que correspondan

Registros/información solicitados

Fechas de servicio

Lugares de servicio

Consultas como paciente ingresado:

Resumen del alta

Informe operativo

Expediente completo

Otro _____

Operación ambulatoria

Informe operativo

Expediente completo

Otro _____

Departamento de Emergencia (Emergency Department, ER)

Consultorio médico para pacientes ambulatorios

Nombre del proveedor _____

Clínica ambulatoria

Nombre de la clínica _____

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

Radiografías de cateterismo cardíaco Imágenes de radiología

Otro: Muestras de patología en portaobjetos

Expedientes a revelar:

incluir

no incluir información relacionada con el VIH

incluir

no incluir registros sobre consumo de alcohol y droga

incluir

no incluir registros psiquiátricos

incluir

no incluir resultados de pruebas genéticas

Autorización del paciente para revelación de información médica a terceros



Autorizar la revelación de registros a:

- Proveedor de atención Compañía de seguros o persona designada Abogado Tribunal
 Policía Empleador Otro _____

Nombre _____

Dirección _____

Motivo de la revelación: Solicitud del paciente Solicitud de beneficios Otro _____

Marque el formato/modo de entrega solicitado

- Papel/correo Disco/correo PDF/correo electrónico: Correo electrónico para enviar el expediente (OBLIGATORIO):

No condicionaremos el tratamiento ni el pago a la firma de esta autorización. Pero, si se niega a firmar no revelaremos su expediente.

Entiendo que esta autorización es válida por un año a partir de esta fecha o hasta _____ y puedo cancelarla en cualquier momento, excepto en la medida en que Mount Sinai ya haya tomado medidas con base en mi autorización.

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.

Acuerdos específicos

Entiendo que este consentimiento puede incluir la revelación de registros de consumo de alcohol y drogas o registros psiquiátricos o información relacionada con el VIH (que indica que me hice una prueba relacionada con el VIH, o que tengo infecciones por VIH, enfermedades relacionadas con el VIH o sida, o que podría indicar que he estado potencialmente expuesto al VIH).

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Representante personal _____

(El representante personal debe firmar solo si el paciente es menor de edad o no puede firmar en su nombre)

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____

Autoridad: _____

N.º De teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

Autorización del paciente para revelación de información médica a terceros



Envíe el formulario completo al lugar más adecuado listado abajo

Centro	Dirección	Información de contacto
The Mount Sinai Hospital	The Mount Sinai Hospital HIM/Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	212-241-7607
Mount Sinai Queens	Mount Sinai Queens HIM/Medical Records 25-10 30th Avenue, Astoria, NY 11102	718-808-7683
Mount Sinai Beth Israel	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management 281 First Avenue (First Avenue at 16th Street), New York, NY 10003	212-420-2665 x-0
Mount Sinai-Behavioral Health Center	Mount Sinai-Behavioral Health Center Health Information Management 281 First Avenue (First Avenue at 16th Street), New York, NY 10003	212-420-2665 x-0
Mount Sinai Brooklyn	Mount Sinai Brooklyn Health Information Management 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234	718-951-2806
Mount Sinai Doctors	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: https://www.swellbox.com/mtsinai-wizard.html
Mount Sinai-Union Square	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management 281 First Avenue (First Avenue at 16th Street), New York, NY 10003 Attn: Outpatient Team	212-844-5275
Mount Sinai Morningside	Mount Sinai Morningside Health Information Management 1090 Amsterdam Avenue, 13th floor, Suite B, New York, NY 10025	212-523-3265
Mount Sinai West	Mount Sinai West Health Information Management 1000 Tenth Avenue, New York, NY 10019	212-523-6623
Mount Sinai South Nassau	Mount Sinai South Nassau Health Information Management One Healthy Way, Oceanside, NY 11572	516-632-3907
The Blavatnik Family Chelsea Medical Center at Mount Sinai	The Blavatnik Family Chelsea Medical Center at Mount Sinai Health Information Management 325 West 15th Street, New York, NY 10011	212-604-6045
New York Eye and Ear Infirmary	New York Eye and Ear Infirmary Medical Records 310 East 14th Street, New York, NY 10003	212-979-4352