



MR2N651



Stony Brook
Medicine

Stony Brook, NY 11794

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL DE LA UNIVERSIDAD DE STONY BROOK

Por medio de la presente autorizo al Hospital de la Universidad de Stony Brook a divulgar la siguiente información de mi historia clínica.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de historia clínica: _____
(solo para uso de la oficina)

Fecha(s) de tratamiento solicitado: _____

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen (subconjunto de registros) | <input type="checkbox"/> Registro de emergencias | <input type="checkbox"/> Informe de autopsia |
| <input type="checkbox"/> Resumen para el alta | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe de patología |
| <input type="checkbox"/> Informe de intervención quirúrgica | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Endoscopia/Colonoscopia |
| <input type="checkbox"/> Radiología (Radiografía, MRI, etc.)
(solo informe escrito) | <input type="checkbox"/> Análisis cardiológico | <input type="checkbox"/> Registros completos |
| | <input type="checkbox"/> CD cardiológico | |

Otros (especifique) _____

Entiendo que esto puede incluir **información confidencial** en relación con:

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Servicios de salud conductual/atención psiquiátrica.

Tratamiento para el trastorno por abuso de alcohol o sustancias.

Esta información se suministrará a: Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Solo usted puede recibir sus registros por una tarifa fija de USD 6.50. Elija una de las siguientes opciones:

- Copia impresa CD
- Descarga electrónica/correo electrónico a _____
(escribir en letra de imprenta claramente)

Nota: El correo electrónico no es un método seguro para transmitir su información médica. Stony Brook Medicine no se hace responsable por la privacidad de la información que se envíe por correo electrónico a pedido suyo.

Firma: X _____ Fecha: _____
(Paciente) o (padre/madre/tutor legal)

 X _____ Fecha: _____
Agente de Cuidados de la Salud – Solo si el paciente no tiene
la capacidad de firmar por sí mismo

Cualquier divulgación de los registros de pacientes con trastorno por abuso de sustancias está regida por la ley federal [ver noma 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) Parte 2], y todas las divulgaciones de dichos registros deberán ir acompañadas de la siguiente declaración escrita:

Esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar esta información, a menos que se autorice expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por la norma 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con trastorno por abuso de sustancias.