

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA DIVULGACIÓN

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:
Dirección:		Teléfono:
		Numero de historia clinica:
Fechas de tratamiento solicitadas:		
☐ Resumen (subconjunto de registros)	□ CD cardíaco□ Registro de emergencia	☐ Prueba cardiaca ☐ Informe de autopsia
 □ Resumen de alta □ Informe Operativo □ Radiología (rayos X, resonancia magnética, etc.) □ Otro (por favor especifique) 	□ Prueba de laboratorio□ Consultas	 □ Informe de patología □ Endoscopia / Colonoscopia □ Registro completo
Entiendo que esto puede incluir informac i	ión confidencial relacionada	con:
Síndrome de inmunodeficiencia adquinfección por el virus de inmunodefici (HIV) Servicios de salud conductual / atenció Tratamiento para el trastorno por cons y / o sustancias	uirida (AIDS) o iencia humana on psiquiátrica	con:
infección por el virus de inmunodefici (HIV) Servicios de salud conductual / atenció Tratamiento para el trastorno por cons	uirida (AIDS) o iencia humana on psiquiátrica umo de alcohol	
Síndrome de inmunodeficiencia adquinfección por el virus de inmunodefici (HIV) Servicios de salud conductual / atenció Tratamiento para el trastorno por cons y / o sustancias Esta información se divulgará a: Por favor envíe por el siguiente método: Copia impresa a 75 centavos por el mail para (imprimir no Tenga en cuenta que el correo electrostony Brook Medicine no es respons	uirida (AIDS) o iencia humana un psiquiátrica umo de alcohol cor página	6.5 □ Descarga electrónica @ \$6.50
Síndrome de inmunodeficiencia adquinfección por el virus de inmunodefici (HIV) Servicios de salud conductual / atenció Tratamiento para el trastorno por cons y / o sustancias Esta información se divulgará a: Por favor envíe por el siguiente método: Copia impresa a 75 centavos por el mail para (imprimir no Tenga en cuenta que el correo electros Stony Brook Medicine no es respons solicitud.	uirida (AIDS) o iencia humana un psiquiátrica umo de alcohol cor página	6.5 □ Descarga electrónica @ \$6.50 0 ro de transmisión de su información de salud. formación enviada por correo electrónico a su

Cualquier divulgación de registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias se rige por la ley federal (ver 42 CFR Parte 2), y todas

las divulgaciones de dichos registros deberán ir acompañadas de la siguiente declaración escrita:
Esta información se le ha revelado de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben que usted divulgue más esta información a menos que el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o la autorización 42 CFR Parte 2 lo permitan expresamente.

Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con trastorno por uso de sustancias.