



SOLICITUD AL PACIENTE PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de la presente autorizo al Hospital de la Universidad de Stony Brook a divulgar la siguiente información de mis registros médicos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ Número de historia clínica: _____

Fechas de tratamiento solicitadas: _____

Información solicitada:

- Resumen (incluido en los registros) Registro de emergencia Informe de autopsia
- Resumen del alta Exámenes de laboratorio Informe de patología
- Informe de intervención quirúrgica Consultas Endoscopia/Colonoscopia
- Radiología [radiografías, imagen por resonancia magnética (MRI), etc.] Análisis cardiológico Registro completo
- CD cardiológico

Otros (explicar) _____

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 la adicción a las drogas y/o el alcohol

Esta información se suministrará a: _____

Sírvase enviar por medio del siguiente método:

- Copia impresa a 75 centavos por página CD a \$6.50 Descarga electrónica a \$6.50
- Por correo electrónico a _____ a \$6.50

(escriba 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 su solicitud.

Firmado: _____ Fecha: _____

(Paciente) (padres o tutores legales)

_____ Fecha: _____

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