



### SOLICITUD AL PACIENTE PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de la presente autorizo al \_\_\_\_\_ 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