



43530

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA/EXPEDIENTES MÉDICOS

IF NO PLATE, PRINT NAME, SEX AND MEDICAL RECORD NO.

Nombre del paciente (escriba en letra de molde):		Nombre de soltera u otro nombre (escriba en letra de molde):	Fecha de nacimiento del paciente: / /
Dirección del paciente (escriba en letra de molde)			
Teléfono (Código de área y número): ()	Dirección de correo electrónico (escriba en letra de molde):		Número de expediente médico:
Nombre, dirección y número de teléfono de la(s) persona(s) o entidad(es) a quien(es) se enviará esta información. Verifique si es igual a lo indicado anteriormente <input type="checkbox"/>			
Enviar a (escriba en letra de molde):			
Dirección (escriba en letra de molde):			
Teléfono (Código de área y número): ()	Fax (código de área y número): ()		
Marque el nombre del Centro que divulgará la información o elija Otro proveedor de atención médica (especifique):			
Hospital/Paciente hospitalizado			
<input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center (NYP/Allen Hospital; NYP/Morgan Stanley Children's Hospital) <input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center <input type="checkbox"/> NYP/División Westchester <input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan <input type="checkbox"/> NYP/Lawrence <input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist <input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley <input type="checkbox"/> NYP/Queens			
Paciente ambulatorio/Consultorio del médico			
<input type="checkbox"/> Columbia Doctors (solamente el expediente de paciente ambulatorio/consultorio del médico) escriba el nombre de su médico en letra de molde: _____			
<input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (solamente el expediente de paciente ambulatorio/consultorio del médico) escriba el nombre de su médico en letra de molde: _____			
<input type="checkbox"/> Otro (escriba en letra de molde el nombre de la entidad) _____			
Especifique la información que se divulgará (los expedientes médicos no se divulgarán a menos que se identifique una fecha del(los) servicio(s) en este formulario):			
Expediente médico del (escriba la fecha) ____/____/____ al (ingrese la fecha) ____/____/____			
<input type="checkbox"/> Admisión en el hospital <input type="checkbox"/> Departamento de Emergencias <input type="checkbox"/> Cirugía ambulatoria <input type="checkbox"/> Solamente el registro de paciente ambulatorio/consultorio del médico			
Especifique los informes solicitados (es decir, análisis de laboratorio, informes de radiología, informes quirúrgicos, resumen del alta, etc.): _____			
Nota: Si necesita imágenes de radiología/rayos X, envíe una copia de esta solicitud al Departamento de Radiología del centro en donde se le hizo el procedimiento.			
Incluir (indique escribiendo sus iniciales a continuación); tenga en cuenta que la información no se divulgará si no escribe sus iniciales.			
_____ Tratamiento/pruebas por drogas/alcohol		_____ Información relacionada con el VIH/SIDA	
_____ Pruebas/tratamiento de salud mental (excepto las notas de psicoterapia)		_____ Información de pruebas genéticas	
Por favor, piense en el medio ambiente. Cuando sea posible, le proporcionaremos la información que usted solicite de manera electrónica, marque su preferencia:			
<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> Unidad flash (con restricciones) <input type="checkbox"/> Envío por medios electrónicos (a MyChart (Mi ficha)/portal de myNYP.org, si está disponible, si corresponde) <input type="checkbox"/> Correo electrónico, (no es un medio seguro)			
Los pacientes con una cuenta activa de expedientes médicos (portal del paciente) pueden solicitar sin costo una entrega electrónica a través del portal web seguro del paciente. Confirme y escriba sus iniciales a continuación:			
Tengo una cuenta activa del portal web seguro para pacientes y entiendo que el(los) expediente(s) médico(s) que solicité se enviará(n) a mi cuenta del portal del paciente en: <input type="checkbox"/> MyChart (Mi ficha)/myNYP.org			
Si mi(s) expediente(s) médico(s) no se puede(n) enviar a mi cuenta del portal del paciente, será(n) enviado(s) a la dirección indicada anteriormente en un medio portátil cifrado (por ej., CD/DVD, Unidad flash [con restricciones], etc.)			
Iniciales del paciente o del representante personal _____			
El(los) propósito(s) por el(los) cual(es) la divulgación se autoriza (marque lo que aplique): <input type="checkbox"/> Solicitud de la persona <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Inmunización <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ (escriba en letra de molde)			

538498SP (9/18)



43530

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA/EXPEDIENTES MÉDICOS

IF NO PLATE, PRINT NAME, SEX AND MEDICAL RECORD NO.

Yo, o mi representante autorizado, solicito que se divulgue la información médica relacionada con mi atención y tratamiento en NewYork-Presbyterian Hospital (NYP), Columbia Doctors (CD) o Weill Cornell Medicine (WCM) como se describe en este formulario. Entiendo que:

- Puedo inspeccionar y/o recibir una copia de la información descrita en esta Autorización al completar este formulario y al firmar a continuación.
- A los proveedores se les permite cobrar cuotas razonables para recuperar los costos de las inspecciones y/o las copias.
- El tratamiento y el pago no están condicionados a que usted firma esta autorización. Firmar es voluntario, sin embargo, si usted se niega a firmar, ni NYP ni CD, ni WCM divulgarán sus expedientes.
- Es necesaria mi autorización específica para la divulgación de la información del tratamiento por consumo de drogas o alcohol relacionado con el VIH/SIDA o el tratamiento de salud mental y el receptor tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización a menos que se le permita hacerlo de conformidad con lo que dispone la ley federal o estatal. Si sufro discriminación debido a la divulgación de la información relacionada con el VIH, puedo comunicarme a la Division of Human Rights (División de Derechos Humanos) del Estado de Nueva York, llamando al (212) 480-2493 o a la Commission of Human Rights (Comisión de Derechos Humanos) de la Ciudad de Nueva York, llamando al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- La información relacionada con el tratamiento por consumo de drogas/alcohol o la información confidencial relacionada con el VIH/SIDA que se divulga por medio de este formulario debe ir acompañada de las declaraciones necesarias relacionadas con la prohibición de hacer nuevas divulgaciones.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a NYP/CD/WCM, salvo en la medida en que ya se haya actuado basado en esta autorización.

Entiendo que esta autorización vencerá el: Fecha ____/____/____ (indique la fecha si es en menos de 1 año) o 1 año después de haberla firmado.

Firma del paciente/representante personal (por ej., tutor legal): _____ Fecha: ____/____/____

Si es el representante personal, escriba su nombre en letra de molde y la relación que tiene con el paciente:

Nombre del representante personal: _____ Relación: _____

Testigo/Notario: _____



NewYork-Presbyterian

The University Hospital of Columbia and Cornell



**Weill Cornell
Medicine**



ColumbiaDoctors

The Physicians and Surgeons
of Columbia University

How do I obtain my medical records? **As of April 1, 2018**

FOR HOSPITAL MEDICAL RECORDS (INPATIENT, AMBULATORY SURGERY, EMERGENCY DEPARTMENT, AMBULATORY CARE NETWORK (ACN/CLINICS));			
SITE	MAILING ADDRESS	IN PERSON ADDRESS	TELEPHONE NUMBER
NewYork-Presbyterian Hospital / Columbia University Medical Center Morgan Stanley Children's Hospital of NewYork- Presbyterian Hospital (CHONY) The Allen Hospital	622 West 168 th Street New York, NY 10032	177 Fort Washington Avenue Milstein Lobby New York, NY 10032	(646) NYP-4ROI (646-697-4764) then press 1
NewYork-Presbyterian Hospital / Weill Cornell Medical Center	525 East 68 th Street Medical Correspondence Unit Box 126 New York, NY 10065-4879	525 East 68 th Street Room P-04 New York, NY 10065-4879	(646) NYP-4ROI (646-697-4764) then press 2
NewYork-Presbyterian Hospital / Lower Manhattan	170 William Street Medical Correspondence Unit Room M92 New York, NY 10038	170 William Street Room M92 New York, NY 10038	(646) NYP-4ROI (646-697-4764) then press 3
NewYork-Presbyterian Hospital / Westchester Division (for Medical Record Requests and Subpoenas)	525 East 68 th Street Medical Correspondence Unit Box 126 New York, NY 10065-4879	21 Bloomingdale Road Main Lobby – See Security White Plains, NY 10605	(646) NYP-4ROI (646-697-4764) then press 4
NewYork-Presbyterian Hospital / Westchester Division (for AOT, Subpoenas and Outpatient Department Requests only)	21 Bloomingdale Road Medical Correspondence Unit Hall H, Room 006 White Plains, NY 10605	21 Bloomingdale Road Main Lobby – See Security White Plains, NY 10605	(914) 997-5988
NewYork-Presbyterian Hospital / Lawrence	Health Information Management Department 55 Palmer Avenue Bronxville, NY 10708	Health Information Management Department Palmer Hall, 3 rd Floor 55 Palmer Avenue Bronxville, NY 10708	(914) 787-3295
NewYork-Presbyterian Hospital / Brooklyn Methodist	Health Information Management Department 506 6 th Street Brooklyn, NY 11215	506 6 th Street 2 nd Floor Brooklyn, N 11215	718-780-3381
NewYork-Presbyterian Hospital / Hudson Valley	Health Information Management Department 1980 Crompond Road Cortlandt Manor, NY 10567	Health Information Management Department 1980 Crompond Road Cortlandt Manor, NY 10567	914-734-3212 or 914-734-3213
NewYork-Presbyterian Hospital / Queens	Health Information Management Department 56-45 Main Street Flushing, NY 11355	Health Information Management Department 56-45 Main Street Flushing, NY 11355	718-670-1090 718-670-8716

How do I obtain my Radiology Films?

FOR RADIOLOGY FILMS CONTACT THE RESPECTIVE RADIOLOGY DEPARTMENT

SITE	MAILING ADDRESS	IN PERSON ADDRESS	TELEPHONE NUMBER
NewYork-Presbyterian Hospital / Columbia University Medical Center Morgan Stanley Children's Hospital of NewYork-Presbyterian Hospital (CHONY) The Allen Hospital	Milstein 622 West 168 th Street Radiology Department New York, NY 10032	Milstein 177 Fort Washington Avenue Radiology File Room Milstein: MHB-3HS-265 New York, NY 10032 CHONY: CH-3-324	(212) 305-6006 212-305-3342
NewYork-Presbyterian Hospital / Weill Cornell Medical Center	525 East 68 th Street Radiology Department New York, NY 10065-4879	Radiology File Room Starr Lobby – J030 New York, NY 10065-4879	(212) 746-2551 or (212) 746- 2552
NewYork-Presbyterian Hospital / Westchester Division	NA	NA	NA
NewYork-Presbyterian Hospital / Lower Manhattan	170 William Street Radiology Department New York, NY 10038	170 William Street Radiology Department New York, NY 10038	(212) 312-5179
NewYork-Presbyterian Hospital / Lawrence	Radiology Department 55 Palmer Avenue Bronxville, NY 10708	Radiology Department 55 Palmer Avenue 2 nd Floor Bronxville, NY 10708	(914) 787-2110
NewYork-Presbyterian Hospital / Brooklyn Methodist	Radiology Department 506 Sixth Street Brooklyn , NY 11215	Radiology Department 506 Sixth Street 2 nd Floor Minor Pavilion Brooklyn , NY 11215	(718) 780 – 5880
NewYork-Presbyterian Hospital / Hudson Valley	Radiology Department 1980 Crompond Road Cortlandt Manor, NY 10567	1980 Crompond Road Cortlandt Manor, NY 10567	(914) 734-3838 (films) (914) 734-3228 (General)
NewYork-Presbyterian Hospital / Queens	Health Information Management Department 56-45 Main Street Flushing, NY 11355	Health Information Management Department 56-45 Main Street Flushing, NY 11355	718-670-2122

How do I obtain my Pathology Slides?

FOR PATHOLOGY SLIDES CONTACT THE RESPECTIVE PATHOLOGY DEPARTMENT

SITE	MAILING ADDRESS	IN PERSON ADDRESS	TELEPHONE NUMBER
NewYork-Presbyterian Hospital / Columbia University Medical Center Morgan Stanley Children's Hospital of NewYork-Presbyterian Hospital (CHONY)/ The Allen Hospital	622 West 168 th Street Pathology Department New York, NY 10032	177 Fort Washington Avenue Pathology Department New York, NY 10032	(212) 305-6006
NewYork-Presbyterian Hospital / Weill Cornell Medical Center	525 East 68 th Street Pathology Department New York, NY 10065-4879	525 East 68 th Street Pathology Department New York, NY 10065-4879	(212) 746-2551
NewYork-Presbyterian Hospital / Westchester Division	NA	NA	NA
NewYork-Presbyterian Hospital / Lower Manhattan	170 William Street Pathology Department New York, NY 10038	170 William Street Pathology Department New York, NY 10038	(212) 312--312-5380
NewYork-Presbyterian Hospital / Lawrence	Pathology Department 55 Palmer Avenue Bronxville, NY 10708	Pathology Department 55 Palmer Avenue 2 nd Floor Bronxville, NY 10708	(914) 787-3265
NewYork-Presbyterian Hospital / Brooklyn Methodist	Pathology Department 506 Sixth Street Brooklyn , NY 11215	Pathology Department 506 Sixth Street 2 nd Floor Carrington Pavilion Brooklyn , NY 11215	(718) 780-3634
NewYork-Presbyterian Hospital / Hudson Valley	Radiology Department 1980 Crompond Road Cortlandt Manor, NY 10567	1980 Crompond Road Cortlandt Manor, NY 10567	(914) 734-3236
NewYork-Presbyterian Hospital / Queens	Health Information Management Department 56-45 Main Street Flushing, NY 11355	Health Information Management Department 56-45 Main Street Flushing, NY 11355	718-670-1090

How do I obtain my medical records from my physician's office?

FOR PHYSICIAN'S OFFICE (OUTPATIENT) RECORDS ONLY

SITE	MAILING ADDRESS	IN PERSON ADDRESS	TELEPHONE NUMBER
Columbia Doctors (CD) Physician's office (outpatient) records only	51 Audubon Avenue, 6 th Flr New York, NY 10032 ColumbiaDoctors-HIM@cumc.columbia.edu	51 Audubon Avenue, 6 th Flr New York, NY 10032	(212) 305-8255
Weill Cornell Medicine (WCM) Physician's Office (outpatient) records only	1300 York Avenue, Box 303 Release of Information Unit New York, NY 10065 medicalrecords@med.cornell.edu		(646) 962-9820