Columbia Otolaryngology-HNS
Medical Records Department
180 Fort Washington Ave., 7th Floor
New York, NY 10032
Medrecrequest-otohns@columbia.edu

COLUMBIA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

Autorización para divulgar información médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____
Ciudad : _____ Estado : _____ Código Postal : _____

Autorizo a divulgar la siguiente información de salud protegida:
____ Notas del consultorio Nombre del médico :_____
___Informes de patología ___Informes de radiología ___Informes de laboratorio Fecha(s):_____
___Otro : _____

El propósito de esta solicitud de divulgación de información médica es para:
____ Cuidado médico / tratamiento ____ Seguro ____ Otro (especifique)_____

Envíe mi información médica a: Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Entiendo que:

- Al firmar este formulario, autorizo el uso o la revelación de información de salud protegida como se indicó anteriormente.
- Puedo negarme a firmar esta autorización, lo cual no afectará mi tratamiento ni pago de la atención de salud.
- Puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento antes de que revelen la información que he solicitado mediante una notificación de revocación por escrito como se especificó en el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad.
- Si la parte que recibe la información no está sujeta a las leyes sobre la privacidad de expedientes médicos, el receptor puede volver a revelar la información y la ley federal o estatal puede no protegerla más. El Centro Médico de la Universidad de Columbia no se hará responsable de ninguna consecuencia que sea resultado de una nueva revelación.
- Si la información para divulgar contiene algún dato sobre el VIH/SIDA se solicitará una autorización adicional de HIPAA para divulgar información médica.
- Los registros de consumo de sustancias controladas o alcoholismo, salud mental o psiquiatría pueden tener requisitos de conformidad adicionales que se deben cumplir antes de que se pueda divulgar la información.
- Me entregarán una copia de este formulario firmado.
- El Centro Médico de la Universidad de Columbia puede cobrar un honorario administrativo para cubrir el coste del trabajo, de las copias y del franqueo. En la consulta del médico me informarán acerca de algún costo y arreglo de pago.
- Esta Autorización vence el __ / __/ __ (si la fecha no se completa / un año después de firmado)

_____ _____
Firma del paciente / representante **Fecha**

Si el paciente mencionado anteriormente es un menor de edad o no puede firmar y usted es el padre/la madre, el tutor legal o la persona que lo representa firmando en nombre de este paciente, por favor, firme a continuación y complete la siguiente información:

_____ _____
Nombre en letra de molde **Relación con el paciente**

Guarde este formulario en el expediente médico del paciente y entregue una copia al paciente.

Se necesita una autorización adicional (NYS DOH-2557) para revelaciones cuando sus expedientes médicos contienen información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) incluidos entre otros el resultado de la prueba y el hecho de que se le haya realizado la prueba.