

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION TO / FROM MAIMONIDES MEDICAL CENTER AND / OR MAIMONIDES FACULTY PRACTICE

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A / DESDE EL CENTRO MÉDICO DE MAIMÓNIDES Y / O LA FACULTAD DE PRÁCTICA DE MAIMÓNIDES

Entendemos que la información sobre usted y su salud es personal y estamos comprometidos a proteger la privacidad de esa información. Debido a este compromiso, debemos obtener su autorización antes de que podamos usar o divulgar su información médica protegida del registro médico mantenido por el Centro Médico para los fines que se describen a continuación. Este formulario proporciona esa autorización y nos ayuda a asegurarnos de que esté debidamente informado sobre cómo se utilizará o divulgará esta información. Lea atentamente la siguiente información antes de firmar este formulario.

**USE AND DISCLOSURE COVERED BY THIS AUTHORIZATION
USO Y DIVULGACIÓN CUBIERTOS POR ESTA AUTORIZACIÓN**

I hereby authorize (check one):	<input type="checkbox"/> Maimonides Medical Center (or any of its employees, staff or agents)
Por la presente autorizo (marque uno):	<input type="checkbox"/> Centro Médico Maimónides (o cualquiera de sus empleados, personal o agentes)
to release protected health information from the medical record(s) of: para divulgar información médica protegida de los registros médicos de: _____	
ADDRESS: _____ DIRECCIÓN: _____	PHONE NO: _____ TELEFONO: _____
To the individual or organization listed below (check one): A la persona u organización que se indica a continuación (marque una): <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Maimonides Medical Center 4802 Tenth Ave, Brooklyn, NY 11229 ATT: _____ 718-283-6000
	<input type="checkbox"/> Maimonides Cancer Center 6300 Eighth Avenue, Brooklyn, NY 11220 ATT: _____ 718 765-2500

For the purpose of (check one):

Con el propósito de (marque uno):

<input type="checkbox"/> CONTINUING MEDICAL TREATMENT TRATAMIENTO MÉDICO CONTINUO	
<input type="checkbox"/> PERSONAL REASONS (i.e. "at the request of the individual") MOTIVOS PERSONALES (es decir, "a petición del individuo")	
<input type="checkbox"/> LITIGATION / ATTORNEY REVIEW REVISIÓN DE LITIGIOS / ABOGADOS	
OTHER (Specify) Otra (especificar)	
INSURANCE: Insurance Company Name: _____ Claim File #: _____ SEGURO: Nombre de la compañía de seguros:	
<input type="checkbox"/> I request the release of (check one): Solicito que emita (marque uno):	
<input type="checkbox"/> Entire record Registro completo	
<input type="checkbox"/> The following portions of the record (specify documents and / or dates of treatment): Las siguientes partes del registro (especificar documentos y / o fechas de tratamiento):	
<input type="checkbox"/> Request for an electronic copy of health information. Solicitud de una copia electrónica de la información médica.	
<input type="checkbox"/> Request for an electronic copy of discharge instructions. Solicitud de una copia electrónica de las instrucciones de alta.	
<input type="checkbox"/> Entire record only for the Dates of Treatment as follows: _____ Registro completo solo para las Fechas de tratamiento de la siguiente manera:	
<input type="checkbox"/> Emergency Room Record / Date(s): Registro de la sala de emergencias / fecha (s):	<input type="checkbox"/> Discharge Summary/Date(s): Resumen de alta / fecha (s):
<input type="checkbox"/> Outpatient Record(s) / Date(s): Registro (s) de paciente ambulatorio / Fecha (s):	<input type="checkbox"/> Pathology Reports/Date(s): Informes de patología / Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Operative Report(s) / Date(s): Informe (s) operativo / Fecha(s):	<input type="checkbox"/> EKG/Date(s): EKG / Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Laboratory Reports / Date(s): Informes de laboratorio / Fecha(s):	<input type="checkbox"/> Cardiac Cath Report/Date(s): Informe de cateterismo cardíaco / Fecha (s):
<input type="checkbox"/> Radiology Reports / Date(s): Informes de radiología / fecha(s):	<input type="checkbox"/> Echocardiogram / Date(s): Ecocardiograma / Fecha (s):

The following HIV-related information, (which is any information indicating that you have had an HIV-related test, or have HIV infection, HIV-related illness or AIDS, or any information which could indicate that you have been potentially exposed to HIV.
La siguiente información relacionada con el VIH (que es cualquier información que indique que se ha realizado una prueba relacionada con el VIH o que tiene una infección por el VIH, una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o cualquier información que pueda indicar que ha estado potencialmente expuesto al VIH).

Billing Records (specify):
Registros de facturación (especificar):

Other (specify):
Otra (especificar):

This authorization will expire six (6) months from the date hereof, unless there is a date or event described below
Esta autorización vencerá seis (6) meses a partir de la fecha del presente, a menos que haya una fecha o evento que se describe a continuación.

ENTENDIMIENTOS ESPECÍFICOS

Al firmar este formulario de autorización, autoriza el uso o la divulgación de su información médica protegida como se describe anteriormente.

Usted comprende que una vez que la información se divulga de conformidad con esta autorización, la información puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad (si la ley no requiere que el destinatario proteja la privacidad de la información).

Usted comprende que el tipo de información que se divulgará, si corresponde, puede incluir: DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO, TRATAMIENTO POR ABUSO, TRATAMIENTO POR ENFERMEDAD FÍSICA Y / O MENTAL, TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL / SUSTANCIAS, TRATAMIENTO POR CONDICIONES RELACIONADAS CON EL SEXO Y TODA LA INFORMACIÓN SE CONSIDERA PARTE DEL ARCHIVO DE REGISTROS MÉDICOS, INCLUIDA LA INFORMACIÓN GENÉTICA, SI LA HAY. Es posible que se requieran formularios de autorización adicionales si el registro del paciente contiene ciertos tipos de información especialmente protegida.

Si está autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, debe saber que el destinatario (s) tiene prohibido volver a divulgar cualquier información relacionada con el VIH sin su autorización, a menos que se lo permita la ley federal o estatal. También tiene derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar su información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufre discriminación debido a la divulgación o divulgación de información relacionada con el VIH, puede comunicarse con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 870-8624 o la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 566-5493. Estas agencias son responsables de proteger sus derechos.

Tiene derecho a negarse a firmar esta autorización y su atención médica, el pago de su atención médica y sus beneficios de atención médica no se verán afectados si no firma este formulario; siempre que, sin embargo, si Maimónides brinda atención médica únicamente con el fin de crear información médica protegida que será divulgada a un tercero, es posible que deba firmar este formulario de autorización antes de brindar atención médica.

Tiene derecho a ver y solicitar una copia de la información descrita en este formulario de autorización de acuerdo con las políticas del hospital. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado.

Si firma esta autorización, tendrá derecho a revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que el hospital ya haya tomado medidas basadas en esta autorización. Para revocar esta autorización, escriba a Director, Health Information Services, Maimonides Medical Center, 4802 Tenth Avenue, Brooklyn, New York 11219.

He leído este formulario y todas mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Al firmar a continuación, reconozco que he leído y estoy de acuerdo con todo lo anterior.

Signature of Patient or Personal Representative
Firma del paciente o representante personal

Print Name of Patient or Personal Representative
Imprimir Nombre del paciente o representante personal

Date: _____ / _____ / _____
Fecha: _____

Description of Personal Representative's Authority:
Descripción de la autoridad del representante personal

CONTACT INFORMATION CONTACTO

The contact information of the patient or personal representative who signed this form should be filled in below.

La información de contacto del paciente o representante personal que firmó este formulario debe completarse a continuación.

Address: _____
Dirección: _____

Telephone: (daytime) _____ (evening) _____
Teléfono: (día) _____ (por la noche) _____

Email address (optional): _____
Dirección de correo electrónico (opcional): _____

* If Maimonides Medical Center is seeking authorization to use or disclose protected health information that it maintains in its own records, please be advised that the hospital will not receive compensation for the use or disclosure unless otherwise specified.

Si Maimónides Medical Center está buscando autorización para usar o divulgar información médica protegida que mantiene en sus propios registros, tenga en cuenta que el hospital no recibirá compensación por el uso o divulgación a menos que se especifique lo contrario.

A PHOTOCOPY OF THIS RELEASE IS AS VALID AS THE ORIGINAL
UNA FOTOCOPIA DE ESTE LANZAMIENTO ES TAN VÁLIDA COMO EL ORIGINAL