



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR O ENTREGAR FOTOGRAFÍAS, VIDEOS Y/O PROGRAMAS

Nombre del paciente: _____
(Apellido) (Nombre) (2º Nombre)

Nº de unidad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: ____/____/____
Mes/Día/Año

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Pida / marque todas las que correspondan:

Autorizo a Mount Sinai para usar o entregar a terceros la fotografía que se tomó o el video que se grabó de mí durante mi:

_____ Visita a la sala de emergencias el: _____
Fecha(s)

_____ Consulta clínica en el departamento de servicios para pacientes no hospitalizados "OPD"; especifique qué clínica: _____
Fecha(s)

_____ Visita al consultorio de "Faculty Practice Associates" (FPA) el: _____
Fecha(s)

_____ Hospitalización del: _____ al _____
Fecha(s) de ingreso Fecha(s) de dada de alta

_____ Cirugía como paciente no hospitalizado: _____ Fecha: _____

_____ Otra: _____ Fecha: _____

- En Manhattan Queens Huntington
 Dentro de la institución
 Para un programa de transmisión en vivo en: _____
 Otra: _____

A: _____ Dirección: _____

Motivo para entregar el material a terceros: Petición del paciente Enseñanza
 Otro: _____

Las fotografías y/o videos a usarse o a entregarse _____ incluyen _____ no incluyen información relacionada con el VIH. (Marque una)

Entiendo que esta autorización es válida por un año a partir de esta fecha o hasta _____ y que puede ser revocada por mí en cualquier momento salvo en la medida en la que Mount Sinai ya haya tomado acciones en función de mi autorización.

ACUERDOS (ENTENDIMIENTOS) ESPECÍFICOS

Entiendo que este consentimiento puede incluir la divulgación de expedientes de alcoholismo y drogodependencia, expedientes psiquiátricos y/o información relacionada con el VIH (lo cual puede indicar que he tenido una prueba relacionada con el VIH, que tengo una infección del VIH, una enfermedad relacionada con el VIH o el SIDA, o que pudiera indicar que posiblemente he estado expuesto al VIH).

En caso de que yo autorice la divulgación de información relacionada con el VIH, se prohíbe que los receptores de dicha información vuelvan a divulgar cualquier información relacionada con el VIH sin mi autorización, a menos que esto se permita conforme a las leyes federales o estatales. También tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pudieran recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización.

Al firmar este formulario de autorización, estoy autorizando el uso o la divulgación (es decir, la entrega a terceros) de mi información de salud protegida según lo descrito anteriormente. Esta información puede volver a divulgarse si la ley ya no exige que el receptor, según lo descrito en este formulario, proteja la confidencialidad de la información, y si dicha información ya no es protegida por las regulaciones federales de confidencialidad de información de la salud.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

O

Firma del representante personal: _____ Nombre impreso: _____

Autoridad: _____ N° de tel.: _____

Dirección: _____ Fecha: _____
{Representante Personal debe firmar sólo si el paciente es un menor o no puede firmar por si mismo}.

Para revocar la autorización, envíe una petición por escrito a:

Mount Sinai Hospital
Medical Records
One Gustave L. Levy Place – Box 1111
New York, NY 10028

FPA
Medical Records
One Gustave L. Levy Place – Box 1061
New York, NY 10028

Mount Sinai Hospital Queens
Medical Records
25-10 30th Avenue
Long Island City, NY 11102

Northshore Medical Group
Medical Records
325 Park Avenue
Huntington, NY 11743

For Mount Sinai Use Only

Date Received: (MO/DY/YR) ____/____/____

Disposition of Request: _____ GRANTED _____ DENIED _____ PARTIALLY DENIED

Patient Notified in Writing Of Response On This Date: (MO/DY/YR) ____/____/____

Fee Charged For Fulfilling This Request (if applicable): \$ _____

Name or Initials of Records Department Staff Member Processing This Request _____

1 – Medical Record Copy 2 – Patient Copy