Instrucciones para la autorización para usar y revelar información médica protegida (PHI)

1. Complete todas las secciones del formulario. No se aceptarán formularios incompletos.
2. Haga una lista de los proveedores/entidades a los que quiere pedirles expedientes y envíela según las instrucciones del cuadro de abajo.
3. Si se debe incluir información sobre tratamiento por consumo de alcohol/drogas o de salud mental, información genética o información confidencial relacionada con el VIH, ponga sus iniciales al lado de cada tipo apropiado en la sección uno.
   - "Información sobre el tratamiento por consumo de alcohol o drogas" es cualquier información de un programa de tratamiento por consumo de alcohol/drogas.
   - Por "información sobre tratamientos de salud mental", se entiende loohob/e lTw 8.8 - t(i)16.2 qe/13r2 mieoicin ióier inform2 mieoiq(/)505 u2 (a)0.5 (

NYU Langone Health
NYU Langone Hospitals
Family Health Centers @NYU Langone
NYU Grossman School of Medicine
Long Island Community Hospital @NYU Langone Health

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente	Número de teléfono
Dirección del paciente		

NYU Langone Health
NYU Langone Hospitals
Family Health Centers @NYU Langone
NYU Grossman School of Medicine
Long Island Community Hospital @NYU Langone Health

Propósito de la revelación de información:

☐ A pedido mío ☐ Para continuación de la atención

☐ Otro _____

Persona que recibirá esta información:

☐ Yo ☐ Otro _____

Formulario/Formato (es posible que se cobre una tarifa; se ofrecerá un cálculo antes de entregarla)**:**

☐ Enviar el documento por correo a: _____

☐ Recoger, en papel ☐ MyChart (disponible para descargar por 60 días)

☐ Fax (número): _____ ☐ CD/DVD ☐ USB

☐ Correo electrónico seguro

☐ Otro: _____

Descripción de la información que se revelará:

☐ Expediente médico completo que tiene proveedor/la entidad que se mencionó arriba

☐ Expedientes relacionados con las siguientes fechas: _____

☐ Reportes de radiología _____

☐ Placas/imágenes de radiología _____

☐ Resumen de la información relacionada con las siguientes fechas:_____

☐ Envío de expedientes al proveedor/la entidad mencionada arriba por parte de proveedores ajenos a NYU Langone Health y que NYU Langone Health conserva para su uso en mi atención

☐ Otro _____

La autorización terminará un (1) año después de la fecha en la que se firmó, a menos que aquí se establezca(una fecha o evento específicos):

_____

Si tenía preguntas, se han respondido. Además, me han dado u ofrecido una copia de este formulario si NYU Langone Health y LICHme pidieron que lo completara.

Firma: