



# Stony Brook Southampton Hospital

240 Meeting House Lane, Southampton, NY 11968

PATIENT LABEL

## SOLICITUD DEL PACIENTE PARA AUTORIZAR A STONY BROOK SOUTHAMPTON HOSPITAL A REVELAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a Stony Brook Southampton Hospital a revelar la siguiente información de mi expediente médico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de expediente médico: \_\_\_\_\_  
(Office use only / Exclusivo para uso interno)

Fecha (s) de tratamiento solicitado: \_\_\_\_\_

Información solicitada: \* **Sin cargo**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen (subconjunto de expedientes) | <input type="checkbox"/> Consultas               | <input type="checkbox"/> Informes de patología  |
| <input type="checkbox"/> Informe de autopsia                  | <input type="checkbox"/> Resumen de alta         | <input type="checkbox"/> CD de radiología*  |
| <input type="checkbox"/> CD de condición cardíaca*            | <input type="checkbox"/> Registro de emergencias | <input type="checkbox"/> Radiología (rayos X, IRM, etc.)<br>(únicamente informe por escrito)* |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de condición cardíaca*      | <input type="checkbox"/> Endoscopia/Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Expediente completo  |
|   | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio* |   |
|   | <input type="checkbox"/> Informes operativos     |   |

Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Comprendo que esto puede incluir **información confidencial** relacionada con:

- El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Servicios de salud conductual/atención psiquiátrica.
- Tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol o sustancias.

Esta información se enviará a: Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Solo usted puede recibir su expediente por una tarifa plana de \$ 6.50 eligiendo una de las siguientes opciones:

- Copia impresa       CD  
 Descarga electrónica/Correo electrónico a \_\_\_\_\_

(letra de molde legible)

Tenga en cuenta que el correo electrónico no es un método seguro de transmisión de su información médica. Stony Brook Medicine no es responsable de la privacidad de esta información enviada por correo electrónico a su pedido.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Paciente) o (Padre/madre/tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Representante de atención médica – Solo si el paciente no tiene la capacidad para firmar por derecho propio

Toda revelación de los expedientes de pacientes con trastornos por consumo de sustancias se rige por la ley federal (ver capítulo 42 del CFR Parte 2), y todas las revelaciones de tales expedientes deberán ir acompañadas de la siguiente declaración escrita:

*Esta información le ha sido revelada de los expedientes protegidos por las Federal Confidentiality Rules (Reglas federales de confidencialidad) (42 CFR parte 2). Las reglas federales prohíben que se realicen revelaciones futuras de la presente información a menos que se permita mediante consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o por cualquier otro medio permitido por el capítulo 42 del CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o perseguir penalmente a cualquier paciente con trastorno por consumo de sustancias.*