

## 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 los expedientes clínicos o la información clínica que identifica a los pacientes de salud mental, que está protegida por las leyes del estado de Nueva York.
  - Por "información confidencial relacionada con el VIH", se entiende cualquier información que muestre que le han hecho una prueba o que ha tenido una infección o enfermedad relacionada con el VIH (incluyendo el sida) o que ha estado expuesto al VIH, incluyendo los resultados negativos.
  - Por "información genética", se entiende cualquier prueba de laboratorio para diagnosticar la presencia de una variación genética vinculada a una predisposición a una discapacidad o enfermedad genética, incluyendo el análisis del perfil de ADN.

Se ofrecerá un cálculo de las tarifas, si corresponde, antes de cumplir la solicitud.

Lugar	Dirección	Número de teléfono
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	NYU Langone Health HIM Department En persona: 550 First Avenue, Vestíbulo, NY, NY 10016 Por correo: One Park Avenue, 3 <sup>rd</sup> Floor, NY, NY 10016	212-263-5490
NYU Langone Orthopedic Hospital	NYU Langone Orthopedic Hospital En persona: 380 2 <sup>nd</sup> Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 Por correo: 301 E 17 <sup>th</sup> St, NY, NY 10003	212-598-6790
NYU Langone Hospital - Long Island	NYU Langone Hospital – Long Island HIM Department En persona: Oficina de Admisión - Vestíbulo principal 259 First Street, Mineola, NY 11501 Por correo: 200 Old Country Road, Suite 201 Mineola, NY 11501	516-663-2515, opción 4
NYU Langone Hospital - Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6 <sup>th</sup> Floor Mineola, NY 11501	516-633-8250
NYU Langone Hospital-Brooklyn	NYU Langone Hospital-Brooklyn 150 55 <sup>th</sup> Street Brooklyn, NY 11220	718-630-7125
NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP)	Al consultorio específico directamente	Comuníquese con el consultorio específico directamente
Family Health Centers at NYU Langone	Marilyn Vientos, Directora de Operaciones de la Red de Family Health Centers (FHC) <a href="mailto:FHCPatientRelations@nulangone.org">FHCPatientRelations@nulangone.org</a>	Comuníquese con el consultorio específico directamente
NYU Langone Hospital - Long Island Certified Home Health Agency (CHHA)	NYU Langone Hospital - Long Island - CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501	516-663-8000
Southwest Brooklyn Dental Practice	A/A: Director del Consultorio 215 54 <sup>th</sup> Street Brooklyn, NY 11220	929-455-2099
Placas/imágenes de radiología (Radiology Films/Images)	Tisch: 560 1 <sup>st</sup> Ave, 2 <sup>nd</sup> Floor, NY, NY 10006 Orthopedic Hospital: 301 East 17 <sup>th</sup> St, Suite 600/6 <sup>th</sup> Floor, NY, NY 10003 FGP - Radiología: Expedientes médicos de Radiología de NYU Langone Health, 650 First Avenue, 4 <sup>th</sup> Floor, NY, NY 10016 Todos los demás lugares: directamente en el lugar del estudio por imágenes	Tisch: 212-263-5227 Ortopedia: 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 Otros: comuníquese con el consultorio individual directamente

**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		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que se revele información médica de mi atención y tratamiento según se establece en este formulario. Entiendo que:

1. No se compartirá información relacionada con **TRATAMIENTOS POR CONSUMO DE ALCOHOL/DROGAS NI DE SALUD MENTAL, PRUEBAS GENÉTICAS i INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH\*** a menos que yo lo autorice específicamente. Escribiendo mis iniciales abajo, autorizo específicamente la revelación de dicha información a las personas que se mencionan en este formulario.

	Información sobre tratamientos por consumo alcohol o drogas (expedientes de programas de
	Información sobre tratamientos de salud mental (excepto las notas de psicoterapia para las que es posible que se necesite otra autorización)
	Información sobre pruebas genéticas
	Información relacionada con el VIH/sida (la revelación de esta información debe incluir las declaraciones requeridas sobre la prohibición de volver a revelarla cuando exija la ley)

2. Excepto en el caso de los tipos especiales de información que se mencionan arriba, el receptor puede compartir de nuevo la información que se revele de acuerdo con esta autorización, y la misma ya no estará protegida por las leyes federales ni estatales. A menos que lo permitan las leyes federales o estatales, si autorizo que se comparta información relacionada con el VIH, el receptor no podrá compartirla sin mi autorización. Puedo pedir una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si me discriminan debido a la revelación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (New York State Division of Human Rights) llamando al 212-480-2493, o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Commission of Human Rights) llamando al 212-306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
3. Puedo revocar esta autorización escribiendo al proveedor/entidad al que presenté el formulario (a la dirección que figura en la página de instrucciones). Esta revocación estará vigente excepto en la medida en que NYU Langone Health ya se haya basado en esta autorización.
4. Firmar esta autorización es voluntario. NYU Langone Health no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en planes médicos ni la elegibilidad para recibir beneficios a que yo firme o me niegue a firmar esta autorización, excepto en circunstancias limitadas.
5. Si pido placas radiológicas originales, entiendo que NYU Langone Health no conserva copias de placas (analógicas). Libero a NYU Langone Health de toda responsabilidad por la conservación de mis expedientes de estudios de imágenes.

**Nombre y dirección de la entidad/del proveedor al que quiere revelar la información** (ver página de instrucciones):

**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):**

\_\_\_\_\_

**Se respondieron mis preguntas, si tuve alguna. Además, me dieron u ofrecieron una copia de este formulario si NYU Langone Health me pidió que lo completara.**

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____ a. m./p. m. (Paciente o persona autorizada para firmar) <i>Si la persona que da el consentimiento no es el paciente, escriba el nombre en letra de molde y el tipo de autoridad para firmar. Se debe proporcionar documentación de apoyo en el momento de la solicitud.</i>
Nombre/autoridad: _____

\* Virus de la inmunodeficiencia humana que causa el sida. La Ley de Salud Pública (Public Health Law) del Estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien como portador de síntomas o de infección por VIH y la información relativa a los contactos de una persona.

*Solo para uso del consultorio:* Número de expediente médico (MRN): \_\_\_\_\_  
Recibido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_