



**Mount
Sinai**

**SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE A INFORMACIÓN MÉDICA
PATIENT ACCESS REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION**

**ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE
PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION**

APELLIDO: LAST NAME	NOMBRE: FIRST NAME	SEGUNDO NOMBRE: MIDDLE
Nombre al momento del tratamiento (si es diferente al anterior) <i>Name at Time of Treatment (If different than above)</i>		
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): <i>Date of Birth (MM/DD/YYYY)</i>	Teléfono: <i>Phone</i>	Correo electrónico (opcional): <i>Email (optional)</i>
Dirección: <i>Street Address</i>	Ciudad y estado: <i>City & State</i>	Código postal: <i>Zip Code</i>

**UBICACION(ES) DE SERVICIO (marque solo los lugares donde recibió servicios):
LOCATION(S) OF SERVICE (check only those where you received services)**

<input type="checkbox"/> Mount Sinai Beth Israel	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Hospital
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Queens	<input type="checkbox"/> New York Eye and Ear Infirmary en Mount Sinai
<input type="checkbox"/> Mount Sinai West (también llamado Roosevelt)	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Brooklyn (también llamado Kings Highway)
<input type="checkbox"/> Mount Sinai St. Luke's	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Union Square
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Chelsea	<input type="checkbox"/> Otra. Especifique cuál: _____
<input type="checkbox"/> Consultorio médico de la Facultad de Medicina de Mount Sinai:	
<input type="checkbox"/> Long Island	<input type="checkbox"/> Manhattan/Queens
<input type="checkbox"/> Brooklyn	<input type="checkbox"/> Bronx/Westchester
<input type="checkbox"/> Staten Island	

**LLENE CON LA INFORMACIÓN Y MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN
PLEASE FILL IN INFORMATION AND CHECK ALL BOXES THAT APPLY**

Expedientes/información solicitados Records/Information Requested	Fechas de servicio Date(s) of Service	Ubicaciones de servicio Location(s) of Service
<input type="checkbox"/> Todo el expediente médico <i>Entire Medical Record</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Visitas como paciente hospitalizado: <i>Inpatient Visit(s):</i>		
<input type="checkbox"/> Resumen del alta <i>Discharge Summary</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Informe operativo <i>Operative Report</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Operación quirúrgica ambulatoria <i>Ambulatory Surgery</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia (ER) <i>Emergency Department (ER)</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Consultorio del médico para pacientes ambulatorios <i>Outpatient Physician Office</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nombre del proveedor _____ <i>Provider Name</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Clínica para pacientes ambulatorios <i>Outpatient Clinic</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nombre de la clínica _____ <i>Clinic Name</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Expediente designado establecido <i>Designated Record Set</i>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas: <i>Test Results</i>		
<input type="checkbox"/> Informe de cateterismo cardíaco <i>Cardiac Cath Reports</i>	<input type="checkbox"/> Informes de radiología <i>Radiology Reports</i>	<input type="checkbox"/> Informes de patología <i>Pathology Reports</i>
<input type="checkbox"/> Películas de cateterismo cardíaco <i>Cardiac Cath Films</i>	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología <i>Radiology Images</i>	<input type="checkbox"/> Laboratorio <i>Laboratory</i>
<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>Other</i>	_____	_____
Propósito de la solicitud: Purpose of Request	<input type="checkbox"/> Personal <i>Self</i>	<input type="checkbox"/> Continuación del tratamiento <i>Continuing Treatment</i>
	<input type="checkbox"/> Beneficios <i>Benefits</i>	<input type="checkbox"/> Otro: _____ <i>Other</i>

**MARQUE EL FORMATO/MODO DE ENTREGA SOLICITADO
PLEASE CHECK REQUESTED FORMAT/MODE OF DELIVERY**

IMPRESO: PAPER:	<input type="checkbox"/> CORREO MAIL	<input type="checkbox"/> ENTREGA PERSONAL PICKUP	DISCO: DISC	<input type="checkbox"/> CORREO MAIL	<input type="checkbox"/> ENTREGA PERSONAL PICKUP	<input type="checkbox"/> INSPECCIÓN EN EL LUGAR ONSITE INSPECTION
ELECTRÓNICO: ELECTRONIC:	<input type="checkbox"/> PDF/CORREO ELECTRÓNICO: Correo electrónico para enviar expediente a (OBLIGATORIO): _____ PDF/EMAIL: Email to send record to (REQUIRED): _____					

El Mount Sinai Health System responde a las solicitudes de acceso de los pacientes de conformidad con HIPAA y las leyes del estado de Nueva York. Nosotros no condicionará el tratamiento ni el pago a que firme esta autorización. Sin embargo, si usted se rehúsa a firmar no revelaremos sus expedientes.

CONOCIMIENTO Y FIRMA DEL PACIENTE

Con la firma que aparece a continuación, solicito que Mount Sinai me proporcione acceso a la información de salud de la manera descrita anteriormente. Entiendo que las solicitudes de copias de expedientes médicos están sujetas al cobro de las tarifas de reproducción que permiten las leyes y reglamentos y que tendré la oportunidad de modificar o retirar mi solicitud si no deseo pagar esas tarifas.

Firma del paciente o representante personal: _____ Fecha: _____
Signature of Patient or Personal Representative: _____ Date: _____
(El representante personal debe firmar solamente si el paciente es menor de edad o no puede firmar en su nombre)
(Personal Representative to sign only if patient is a minor or unable to sign on his/her own behalf)

Nombre en letra de molde del representante personal: _____ Relación/autoridad: _____
Personal Representative Print Name: _____ Relationship/Authority: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____
Address: _____ Telephone Number: _____

ENVÍE EL FORMULARIO LLENO AL ÁREA QUE CORRESPONDA QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN

Lugar	Dirección	Número de teléfono
The Mount Sinai Hospital	The Mount Sinai Hospital HIM/Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	212-241-7607
Mount Sinai Queens	Mount Sinai Queens HIM/Medical Records 25-10 30th Avenue Long Island City, NY 11102	718-808-7683
Mount Sinai Beth Israel	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management First Avenue at 16th Street New York, NY 10003	212-420-2665 x-0
Mount Sinai Brooklyn	Mount Sinai Brooklyn Health Information Management 3201 Kings Highway Brooklyn, NY 10025	718-951-2806
Mount Sinai Doctors Faculty Practice	Presentar solicitudes directamente al consultorio médico. Llame al consultorio médico para obtener información sobre la dirección O BIEN, Mount Sinai Doctors Faculty Practice – Medical Records 1 Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	Individual Practice
Mount Sinai Union Square	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management First Avenue at 16th Street New York, NY 10003 Attn: Outpatient Team	212-844-5275
Mount Sinai St. Luke's	Mount Sinai St. Luke's Health Information Management 1111 Amsterdam Avenue New York, NY 10025	212-523-3265
Mount Sinai West	Mount Sinai West Health Information Management 1000 Tenth Avenue New York, NY 10019	212-523-6623
Mount Sinai Chelsea	Mount Sinai Downtown Chelsea Health Information Management 325 West 15th Street New York, New York 10011	212-604-6045
New York Eye and Ear Infirmary	New York Eye and Ear Infirmary Medical Records 310 East 14th Street New York, NY 10003	212-979-4352