



Stony Brook Southhampton Hospital

240 Meeting House Lane Southampton, NY 11968

PATIENT LABEL

REQUEST FOR ACCESS TO HEALTH INFORMATION BY PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE

I hereby authorize Stony Brook Southhampton Hospital to disclose the following information from my health record

Patient name: _____ Date of birth: _____

Address: _____ Telephone: _____

_____ Medical Record Number: _____
(Office use only)

Date(s) of Treatment being requested: _____

Requested Information *No Charge

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abstract (subset of records) | <input type="checkbox"/> Consults | <input type="checkbox"/> Operative Report |
| <input type="checkbox"/> Autopsy Report | <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Pathology Report |
| <input type="checkbox"/> Cardiac CD* | <input type="checkbox"/> Emergency Record | <input type="checkbox"/> Radiology Image CD* |
| <input type="checkbox"/> Cardiac Testing* | <input type="checkbox"/> Endoscopy/Colonoscopy | <input type="checkbox"/> Radiology (X-Ray, MRI, etc.)
(written report only)* |
| | <input type="checkbox"/> Laboratory Testing* | <input type="checkbox"/> Complete Record |

Other (please specify) _____

I understand that this may include **sensitive information** relating to:

- Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or human immunodeficiency virus (HIV) infection.
- Behavioral health services/psychiatric care.
- Treatment for alcohol and/or substance use disorder.

This information is to be released to: Name: _____

Address: _____

Phone: _____

You may receive your records for a flat rate of \$6.50 by choosing one of the following options:

Printed copy CD

Electronic download / E-Mail to _____

(please print clearly)

If you elect to receive your records by email, we will send them via a secure email method. Regular email is not a secure method of transmission of your health information.

Signed: X _____ Date: _____
Patient or Parent/Legal Guardian

X _____ Date: _____
Health Care Agent – Only if the patient lacks capacity to sign for him/herself

Any disclosure of substance use disorder patient records is governed by Federal law (see 42 CFR Part 2), and all disclosures of such records shall be accompanied by the following written statement:

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The Federal rules prohibit you from making further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any substance use disorder patient.

Stony Brook University Hospital encompasses Stony Brook University Hospital, 101 Nicolls Road, Stony Brook, New York, 11794; Stony Brook Southhampton Hospital, 240 Meeting House Lane, Southampton, NY 11968; and Stony Brook Eastern Long Island Hospital, 201 Manor Place, Greenport, NY 11944.



Stony Brook Southhampton Hospital

240 Meeting House Lane, Southampton, NY 11968

PATIENT LABEL

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD POR PARTE DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

Por medio de la presente autorizo al Stony Brook Southhampton Hospital a divulgar la siguiente información de mi historia clínica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de historia clínica: _____
(solo para uso de la oficina)

Fecha(s) de tratamiento solicitado: _____

Información solicitada *Gratis

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen (subconjunto de registros) | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Informe de intervención quirúrgica |
| <input type="checkbox"/> Informe de autopsia | <input type="checkbox"/> Resumen para el alta | <input type="checkbox"/> Informe de patología |
| <input type="checkbox"/> CD cardiológico* | <input type="checkbox"/> Registro de emergencias | <input type="checkbox"/> CD Radiología Imagen* |
| <input type="checkbox"/> Análisis cardiológico* | <input type="checkbox"/> Endoscopia/Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Radiología (Radiografía, MRI, etc.)
(solo informe escrito)* |
| | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio* | <input type="checkbox"/> Registros completos |

Otros (especifique) _____

Entiendo que esto puede incluir **información confidencial** en relación con:

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

Esta información se suministrará a: Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Usted puede recibir sus registros por una tarifa fija de USD 6.50. Elija una de las siguientes opciones:

- Copia impresa CD
- Descarga electrónica/correo electrónico a _____
(escribir en letra de imprenta claramente)

Si decide recibir sus registros por correo electrónico, los enviaremos a través de un método de correo electrónico seguro. El correo electrónico habitual no es un método seguro para transmitir su información médica.

Firma: X _____ Fecha: _____
(Paciente) o (padre/madre/tutor legal)

 X _____ Fecha: _____
Agente de Cuidados de la Salud – Solo si el paciente no tiene la capacidad de firmar por sí mismo

Cualquier divulgación de los registros de pacientes con trastorno por abuso de sustancias está regida por la ley federal [ver noma 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) Parte 2], y todas las divulgaciones de dichos registros deberán ir acompañadas de la siguiente declaración escrita:

Esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar esta información, a menos que se autorice expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por la norma 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con trastorno por abuso de sustancias.

Stony Brook University Hospital abarca Stony Brook University Hospital, 101 Nicolls Road, Stony Brook, New York, 11794; Stony Brook Southhampton Hospital, 240 Meeting House Lane, Southampton, NY 11968; y Stony Brook Eastern Long Island Hospital, 201 Manor Place, Greenport, NY 11944.