



PATIENT REQUEST FOR DISCLOSURE

I hereby authorize \_\_\_\_\_ to disclose the following information from my health record

Patient name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Medical Record Number: \_\_\_\_\_

Dates of Treatment being requested: \_\_\_\_\_

Requested Information:

- Abstract (subset of records), Discharge Summary, Operative Report, Radiology (X-Ray, MRI, etc.), Cardiac CD, Emergency Record, Laboratory Testing, Consults, Cardiac Testing, Autopsy Report, Pathology Report, Endoscopy/Colonoscopy, 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 drug abuse.

This information is to be released to: \_\_\_\_\_

Please send by the following method:

- Printed copy @ 75 cents per page, USB/CD @ \$6.50, Electronic download @ \$6.50, e-Mail to \_\_\_\_\_ @ \$6.50

(print very clearly)

Please note: e-mail is not a secure method of transmission of your health information. Stony Brook Medicine is not responsible for the privacy of information e-mailed at your request.

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
(Patient)

\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
Health Care Agent - Only if the patient lacks capacity to sign for his/her self



### SOLICITUD AL PACIENTE PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de la presente autorizo al \_\_\_\_\_ a divulgar la siguiente información de mis registros médicos

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

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

\_\_\_\_\_ Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

Fechas de tratamiento solicitadas: \_\_\_\_\_

Información solicitada:

- Resumen (incluido en los registros)     Registro de emergencia     Informe de autopsia
- Resumen del alta     Exámenes de laboratorio     Informe de patología
- Informe de intervención quirúrgica     Consultas     Endoscopia/Colonoscopia
- Radiología [radiografías, imagen por resonancia magnética (MRI), etc.]     Análisis cardiológico     Registro completo
- CD cardiológico

Otros (explicar) \_\_\_\_\_

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 la adicción a las drogas y/o el alcohol

Esta información se suministrará a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sírvase enviar por medio del siguiente método:

- Copia impresa a 75 centavos por página     USB/CD a \$6.50     Descarga electrónica a \$6.50
  - Por correo electrónico a \_\_\_\_\_ a \$6.50
- (escriba claramente)

Nota: el correo electrónico no es un método seguro para transmitir su información médica. Stony Brook Medicine no se hace responsable por la privacidad de la información que se envíe por correo electrónico a su solicitud.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente) (padres o tutores legales)

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