



NewYork-Presbyterian
The University Hospital of Columbia and Cornell
43530



**Weill Cornell
Medicine**



COLUMBIA
COLUMBIA UNIVERSITY
IRVING MEDICAL CENTER

Nombre del PACIENTE (en letra de molde):		Nombre de soltera u otro nombre (en letra de molde):	Fecha de nacimiento del paciente: / /
Dirección del paciente (en letra de molde):			Apt/unidad/habitación del paciente (en letra de molde):
Ciudad (en letra de molde):		Estado (en letra de molde):	Código de área (en letra de molde):
Teléfono del paciente: ()		Correo electrónico del paciente (en letra de molde):	
Nombre del DESTINATARIO (en letra de molde): Verifique si es igual al anterior y salte a la próxima sección: <input type="checkbox"/>			
Dirección del destinatario (en letra de molde):			Apt/unidad/habitación del destinatario (en letra de molde):
Ciudad (en letra de molde):		Estado (en letra de molde):	Código de área (en letra de molde):
Teléfono del destinatario: ()	Número de Fax del destinatario: ()	Correo electrónico del destinatario (en letra de molde):	
MOTIVO DE LA SOLICITUD , por favor, indique el propósito de la revelación del expediente: <input type="checkbox"/> Solicitud del paciente <input type="checkbox"/> Atención en otro centro/proveedor <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Propósitos legales <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación de trabajador <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique): _____			
ENTIDAD A LA QUE SE VA A REVELAR. Marque el nombre(s) del centro(s) al que se revelará la información o elección de otro proveedor de cuidado de salud y especifique: Hospital/Centro de paciente ingresado <input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Irving Medical Center <input type="checkbox"/> NYP/Morgan Stanley Children's Hospital <input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital <input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center <input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan <input type="checkbox"/> NYP/Westchester Division <input type="checkbox"/> NYP/Lawrence <input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley <input type="checkbox"/> NYP/Westchester Division <input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist <input type="checkbox"/> NYP/Queens <input type="checkbox"/> Gracie Square Hospital Consultorio de paciente ambulatorio/proveedor(es) <input type="checkbox"/> CUIMC (solo el expediente del consultorio de paciente ambulatorio/proveedor[es]), por favor, escriba el nombre en letra de molde del proveedor (es): _____ <input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (solo el expediente del consultorio de paciente ambulatorio/proveedor[es]), por favor, escriba el nombre en letra de molde del proveedor (es): _____ Servicio auxiliar Solo para placas de radiología/estudios de imágenes: <input type="checkbox"/> Radiología de NYP <input type="checkbox"/> Imágenes de Weill Cornell en NYP Solo para diapositivas de patología: <input type="checkbox"/> Laboratorio de NYP Otro proveedor de cuidado de salud (especifique y escriba el nombre del proveedor/entidad en letra de molde): _____			

