



50 Mitchell Drive
Attn: H.I.M DEPT.
New Haven, CT 06511
HIM@cornellscott.org
Tel: 203-503-3140 Fax: 203-503-3143
Last Update: 9/1/26

Puede enviar el formulario de solicitud completo por correo postal, correo electrónico o fax. Para obtener ayuda adicional, comuníquese con el número proporcionado anteriormente.

Información del Paciente. Por favor ingrese la información del paciente en esta sección. Asegúrese de que todos los detalles se proporcionen de forma clara y legible para evitar retrasos en el procesamiento de la solicitud.

Autorización para la Divulgación de Información: Seleccione una casilla, ya sea 'Divulgar' u 'Obtener'. En esta sección proporcione la información sobre la persona u organización a la que le divulgarán u obtendrán sus registros médicos. Si el paciente y el solicitante son la misma persona, ingrese su nombre y dirección.

Propósito de la Solicitud: Especifique el propósito de su solicitud seleccionando la opción adecuada. Si no aplica ninguna, seleccione 'Otro' e indique el propósito de su solicitud en el espacio provisto".

Información que se Divulgará: Proporcione las fechas de servicio para su solicitud de información. Por favor infórmenos qué registros deben divulgarse u obtenerse. Si desea que divulguemos toda la información de su expediente médico seleccione la opción '**Toda la información médica mantenida por CS-HHC**'.

Autorización para la Información Confidencial: Sus registros médicos pueden contener información confidencial protegida por ley. No divulgaremos ninguna de esta información sin su consentimiento. Por favor, coloque sus iniciales junto a cada categoría para autorizar la divulgación de esta información.

Firmas: Por favor, escriba en letra de imprenta y firme su nombre en la línea designada **Paciente / Representante Autorizado**. Se debe proporcionar la documentación correspondiente para verificar su autoridad para actuar como representante autorizado.