



**Mount
Sinai**

ЗАПРОС НА ДОСТУП ПАЦИЕНТА К МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ
PATIENT ACCESS REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION

УКАЖИТЕ СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ
PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION

ФАМИЛИЯ: LAST NAME:	ИМЯ: FIRST NAME:	СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ: MIDDLE:
Имя и фамилия во время лечения (если отличаются от вышеуказанных) Name at Time of Treatment (If different than above)		
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): Date of Birth (MM/DD/YYYY):	Номер телефона: Phone:	Адрес эл. почты (необязательно): Email (optional):
Улица и номер дома: Street Address:	Город и штат: City & State:	Почтовый индекс: Zip Code:

МЕСТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ (отмечайте только те, в которых вам оказывались услуги):

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 of Mount Sinai
<input type="checkbox"/> Mount Sinai West (также называется Roosevelt)	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Brooklyn (также называется 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"/> Другое (уточните): _____
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Doctors Faculty Practice:	
<input type="checkbox"/> Long Island	<input type="checkbox"/> Manhattan / Queens
<input type="checkbox"/> Brooklyn	<input type="checkbox"/> Bronx / Westchester
<input type="checkbox"/> Staten Island	

УКАЖИТЕ ИНФОРМАЦИЮ И ПОСТАВЬТЕ ОТМЕТКИ В НУЖНЫХ ПОЛЯХ
PLEASE FILL IN INFORMATION AND CHECK ALL BOXES THAT APPLY

Запрашиваемые документы / сведения Records/Information Requested	Даты оказания услуг Date(s) of Service	Места оказания услуг Location(s) of Service
<input type="checkbox"/> Полная медицинская карта Entire Medical Record	_____	_____
<input type="checkbox"/> Госпитализация: Inpatient Visit(s):		
<input type="checkbox"/> Выписной эпикриз Discharge Summary	_____	_____
<input type="checkbox"/> Протокол операции Operative Report	_____	_____
<input type="checkbox"/> Амбулаторная хирургия Ambulatory Surgery	_____	_____
<input type="checkbox"/> Отделение неотложной помощи Emergency Department (ER)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Кабинет врача амбулатории Outpatient Physician Office	_____	_____
<input type="checkbox"/> Имя и фамилия поставщика услуг _____ Provider Name	_____	_____
<input type="checkbox"/> Амбулаторная клиника Outpatient Clinic	_____	_____
<input type="checkbox"/> Название клиники _____ Clinic Name	_____	_____
<input type="checkbox"/> Определенный набор документов Designated Record Set	_____	_____
<input type="checkbox"/> Результаты анализов: Test Results:		
<input type="checkbox"/> Отчеты о катетеризации сердца Cardiac Cath Reports	<input type="checkbox"/> Отчеты о радиологических исследованиях Radiology Reports	<input type="checkbox"/> Отчеты о гистологических исследованиях Pathology Reports
<input type="checkbox"/> Пленки с данными катетеризации Cardiac Cath Films	<input type="checkbox"/> Радиологические снимки Radiology Images	<input type="checkbox"/> Лабораторные анализы Laboratory
<input type="checkbox"/> Другое _____ Other	_____	_____
Цель получения документов: Purpose of Request:	<input type="checkbox"/> Для личных целей Self	<input type="checkbox"/> Для последующего лечения Continuing Treatment
	<input type="checkbox"/> Для получения льгот Benefits	<input type="checkbox"/> Другое: _____ Other:

УКАЖИТЕ ФОРМАТ ДОКУМЕНТА И СПОСОБ ДОСТАВКИ
PLEASE CHECK REQUESTED FORMAT / MODE OF DELIVERY

ПЕЧАТНЫЙ ДОКУМЕНТ: PAPER:	<input type="checkbox"/> ПО ПОЧТЕ MAIL	<input type="checkbox"/> САМОВЫВОЗ PICKUP	ДИСК: DISC:	<input type="checkbox"/> ПО ПОЧТЕ MAIL	<input type="checkbox"/> САМОВЫВОЗ PICKUP	<input type="checkbox"/> ОЗНАКОМЛЕНИЕ НА МЕСТЕ ON-SITE INSPECTION
ЦИФРОВОЙ ДОКУМЕНТ: ELECTRONIC:	<input type="checkbox"/> ФАЙЛ PDF / ПО ЭЛ. ПОЧТЕ: Адрес электронной почты, на который следует отправить документ (ОБЯЗАТЕЛЬНО): _____ PDF / EMAIL: Email to send record to (REQUIRED): _____					

Отвечая на запросы пациентов о доступе к информации, Mount Sinai Health System руководствуется Законом США о преемственности страхования и отчетности в здравоохранении (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) и законами штата Нью-Йорк. Качество вашего лечения и сумма взимаемых с вас средств не зависят от подписания или неподписания вами этого документа о предоставлении полномочий. Вместе с тем, если вы не подпишете его, мы не сможем предоставить соответствующие документы.

ФОРМА СОГЛАСИЯ И ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА

Ставя свою подпись ниже, я прошу уполномоченных лиц больницы Mount Sinai предоставить мне доступ к медицинской информации на указанных выше условиях. Я понимаю, что за подачу запроса на получение копий медицинских документов могут на законных основаниях взиматься сборы, и что я могу изменить или отозвать свой запрос, если не хочу платить такие сборы.

Подпись пациента или его представителя: _____ Дата: _____
 Signature of Patient or Personal Representative: _____ Date: _____
(Представитель может подписать документ только в случае, если пациент не достиг совершеннолетия или не может самостоятельно поставить подпись)
(Personal Representative to sign only if patient is a minor or unable to sign on his/her own behalf)

Имя и фамилия представителя (печатными буквами): _____ Кем приходится пациенту / кем уполномочен: _____
 Personal Representative Print Name: _____ Relationship / Authority: _____

Адрес: _____ Номер телефона: _____
 Address: _____ Telephone Number: _____

ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ПО НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩЕМУ АДРЕСУ

Центр	Адрес	Номер телефона
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	Направляйте запросы непосредственно в отдел практики. Чтобы узнать адрес, позвоните в отдел. ИЛИ Mount Sinai Doctors Faculty Practice – Medical Records 1 Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	Индивидуальная практика
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