



ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ
PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO THIRD PARTY

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ
PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION

ΕΠΩΝΥΜΟ: LAST NAME:	ΟΝΟΜΑ: FIRST NAME:	ΜΕΣΑΙΟ ΟΝΟΜΑ: MIDDLE:
Όνοματεπώνυμο κατά τον χρόνο θεραπείας (εάν διαφέρει από το παραπάνω) Name at Time of Treatment (If different than above)		
Ημερομηνία γέννησης (ΜΜ/ΗΗ/ΕΕΕΕ): Date of Birth (MM/DD/YYYY):	Τηλέφωνο: Phone:	Email (προαιρετικά): Email (optional):
Διεύθυνση: Street Address:	Πόλη & Πολιτεία: City & State:	Ταχυδρομικός κώδικας: Zip Code:

ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ(-ΕΣ) ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (επιλέξτε μόνο τις τοποθεσίες όπου σας παρασχέθηκαν υπηρεσίες):
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 at Mount Sinai
<input type="checkbox"/> Mount Sinai West (γνωστό επίσης ως Roosevelt)	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Brooklyn (γνωστό επίσης ως 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"/> Άλλο - Παρακαλούμε διευκρινίστε: _____
<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	

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΟΛΑ ΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΠΟΥ ΙΣΧΥΟΥΝ
PLEASE FILL IN INFORMATION AND CHECK ALL BOXES THAT APPLY

Ζητούμενα αρχεία/πληροφορίες Records/Information Requested	Ημερομηνία(-ες) παροχής υπηρεσίας Date(s) of Service	Τοποθεσία(-ες) παροχής υπηρεσίας Location(s) of Service
<input type="checkbox"/> Επισκέψεις με εσωτερική νοσηλεία: Inpatient Visit(s):		
<input type="checkbox"/> Σημείωμα εξόδου (εξιτήριο) Discharge Summary		
<input type="checkbox"/> Έκθεση χειρουργείου Operative Report	_____	_____
<input type="checkbox"/> Σύνολο αρχείων Entire Record		
<input type="checkbox"/> Άλλο _____ Other		
<input type="checkbox"/> Χειρουργείο ημέρας Ambulatory Surgery		
<input type="checkbox"/> Έκθεση χειρουργείου Operative Report		
<input type="checkbox"/> Σύνολο αρχείων Entire Record	_____	_____
<input type="checkbox"/> Άλλο _____ Other		
<input type="checkbox"/> Επείγοντα περιστατικά (ER) Emergency Department (ER)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Εξωτερικό γραφείο ιατρού Outpatient Physician Office		
<input type="checkbox"/> Όνομα παρόχου _____ Provider Name	_____	_____
<input type="checkbox"/> Εξωτερικά ιατρεία Outpatient Clinic		
<input type="checkbox"/> Όνομα κλινικής _____ Clinic Name	_____	_____

<input type="checkbox"/> Αποτελέσματα εξετάσεων: Test Results:			
<input type="checkbox"/> Εκθέσεις καρδιακού καθετηριασμού Cardiac Cath Reports	<input type="checkbox"/> Ακτινολογικές εκθέσεις Radiology Reports	<input type="checkbox"/> Ιστοπαθολογικές εκθέσεις Pathology Reports	<input type="checkbox"/> Εργαστηριακές εξετάσεις Laboratory
<input type="checkbox"/> Φιλμ καρδιακού καθετηριασμού Cardiac Cath Films	<input type="checkbox"/> Ακτινολογικές εικόνες Radiology Images	<input type="checkbox"/> Πλάκες ιστοπαθολογικής ανάλυσης Pathology Slides	_____
<input type="checkbox"/> Άλλο _____ Other			
Αρχεία προς κοινοποίηση: Records to be disclosed:			
<input type="checkbox"/> να περιληφθούν do include	<input type="checkbox"/> να μην περιληφθούν πληροφορίες σχετιζόμενες με τον HIV do not include HIV-related information		
<input type="checkbox"/> να περιληφθούν do include	<input type="checkbox"/> να μην περιληφθούν αρχεία κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών do not include Alcohol and Drug Abuse records		
<input type="checkbox"/> να περιληφθούν do include	<input type="checkbox"/> να μην περιληφθούν ψυχιατρικά αρχεία do not include Psychiatric Records		
<input type="checkbox"/> να περιληφθούν do include	<input type="checkbox"/> να μην περιληφθούν αποτελέσματα γενετικών εξετάσεων do not include Genetic Testing Results		

**Εξουσιοδότηση διάθεσης αρχείων προς:
Authorizing release of records to:**

<input type="checkbox"/> Πάροχο υγειονομικής περιθαλψής Healthcare Provider	<input type="checkbox"/> Ασφαλιστική εταιρεία ή εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο Insurance Company or Designee	<input type="checkbox"/> Δικηγόρο Attorney	<input type="checkbox"/> Δικαστήριο Court
<input type="checkbox"/> Αστυνομική αρχή Law Enforcement	<input type="checkbox"/> Εργοδότη Employer	<input type="checkbox"/> Άλλο: Other: _____	

Όνομα:
Name: _____

Διεύθυνση:
Address: _____

**Αιτία κοινοποίησης
Reason for Disclosure**

<input type="checkbox"/> Αίτημα ασθενούς Patient Request	<input type="checkbox"/> Αίτηση λήψης παροχών/επιδομάτων Benefits Application	<input type="checkbox"/> Άλλο: Other: _____
---	--	--

**ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΖΗΤΟΥΜΕΝΗ ΜΟΡΦΗ/ΜΕΘΟΔΟ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ
PLEASE CHECK REQUESTED FORMAT/MODE OF DELIVERY**

<input type="checkbox"/> ΕΓΓΡΑΦΩΣ/ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΩΣ PAPER/MAIL	<input type="checkbox"/> ΣΕ ΔΙΣΚΟ/ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΩΣ DISC/MAIL	<input type="checkbox"/> PDF/EMAIL: Email για αποστολή αρχείου (ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ): PDF/EMAIL: Email to send record to (REQUIRED): _____
---	--	---

Η υπογραφή αυτής της εξουσιοδότησης δεν θα αποτελέσει προϋπόθεση για τη λήψη θεραπείας ή πληρωμής. Ωστόσο, εάν δεν υπογράψετε, δεν θα είναι δυνατή η διάθεση των αρχείων σας.

Κατανώ ότι η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει για ένα έτος από την τρέχουσα ημερομηνία ή έως _____ και ότι μπορεί να ανακληθεί από εμένα οποιαδήποτε στιγμή, εκτός εάν το Mount Sinai έχει ήδη προβεί σε ενέργειες βάσει της εξουσιοδότησής μου.

Κατανώ ότι τα αιτήματα για τη λήψη αντιγράφων ιατρικών αρχείων υπόκεινται στα επιτρεπόμενα από τους ισχύοντες νόμους και κανονισμούς τέλη παραγωγής αντιγράφων και ότι θα έχω δυνατότητα τροποποίησης ή απόσυρσης του αιτήματός μου εάν δεν επιθυμώ να καταβάλω τα εν λόγω τέλη.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ

Κατανώ ότι η παρούσα συγκατάθεση μπορεί να περιλαμβάνει την κοινοποίηση αρχείων κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών ή/και ψυχιατρικών αρχείων ή/και πληροφοριών σχετιζόμενων με τον HIV (δηλαδή πληροφορίες που γνωστοποιούν ότι έχω υποβληθεί σε εξέταση σχετιζόμενη με τον HIV ή έχω HIV λοίμωξη, ασθένεια που συνδέεται με τον HIV ή το AIDS ή θα μπορούσαν να γνωστοποιήσουν πιθανή έκθεσή μου στον ιό HIV).

Εάν εξουσιοδοτήσω τη διάθεση πληροφοριών που σχετίζονται με HIV/AIDS, θεραπεία για αλκοόλ ή ναρκωτικές ουσίες ή θεραπεία ψυχικής υγείας, οι παραλήπτες απαγορεύεται να κοινοποιήσουν περαιτέρω τις πληροφορίες χωρίς την άδειά μου, εκτός εάν επιτρέπεται να το πράξουν βάσει της ομοσπονδιακής και πολιτειακής νομοθεσίας. Έχω επίσης δικαίωμα να ζητήσω έναν κατάλογο των ατόμων που δύνανται να λάβουν ή να χρησιμοποιήσουν προσωπικές μου πληροφορίες σχετιζόμενες με τον HIV χωρίς άδεια. Εάν υποστείτε διακρίσεις εξαιτίας της διάθεσης ή της κοινοποίησης πληροφοριών σχετιζόμενων με τον HIV, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Division of Human Rights (Υπηρεσία ανθρωπίνων δικαιωμάτων) της Πολιτείας της Νέας Υόρκης στους αριθμούς τηλεφώνου (800) 523-2437/ (212) 480-2493 ή με το Commission on Human Rights (Επιτροπή ανθρωπίνων δικαιωμάτων) της Πόλης της Νέας Υόρκης στον αριθμό τηλεφώνου (212) 306-7450.

Υπογράφοντας το παρόν έντυπο εξουσιοδότησης, παρέχω την άδειά μου για τη χρήση ή την κοινοποίηση των προσωπικών μου προστατευόμενων πληροφοριών υγείας, όπως περιγράφεται ανωτέρω. Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να κοινοποιηθούν περαιτέρω, εάν οι παραλήπτες που περιγράφονται στο παρόν έγγραφο δεν υποχρεούνται διά νόμου να προστατεύσουν το απόρρητο των πληροφοριών του ασθενούς και αν οι εν λόγω πληροφορίες παύσουν να προστατεύονται από τους ομοσπονδιακούς κανονισμούς για το απόρρητο των πληροφοριών υγείας.



**Mount
Sinai**

Υπογραφή ασθενούς: _____ Ημερομηνία: _____
Patient Signature: _____ Date: _____

Εκπρόσωπος (η υπογραφή από εκπρόσωπο επιτρέπεται μόνο για ανηλίκους ή για ασθενείς που δεν έχουν τη δυνατότητα να υπογράψουν
ιδιοχείρως)

Personal Representative (Personal Representative to sign only if patient is a minor or unable to sign on his/her behalf)

Υπογραφή: _____ Ονοματεπώνυμο,
Signature: _____ ολογράφως με κεφαλαία): _____
Print Name: _____

Εξουσιοδότηση: _____ Αριθ. τηλ.: _____
Authority: _____ Tel. No: _____

Διεύθυνση: _____ Ημερομηνία: _____
Address: _____ Date: _____

**ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΑΠΟΣΤΕΙΛΕΤΕ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΑΤΩΘΙ
ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΕΣ**

Τοποθεσία	Διεύθυνση	Αριθμός τηλεφώνου
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	Τα αιτήματα υποβάλλονται απευθείας στο γραφείο – Καλέστε το γραφείο για να λάβετε τα στοιχεία διεύθυνσης H Mount Sinai Doctors Faculty Practice – Medical Records 1 Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	Ιδιωτικό γραφείο
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