

Nombre: _____ Numero de Seguro Social: XXX-XX- Fecha de Nacimiento: _____

LIBERAR INFORMACION DE:

Nombre / Agencia: _____ Telefono# _____

Dirección: _____ Fax #: _____

INFORMACION SERA LIBERADA A:

Nombre/Agencia: _____ Telefono# _____

Dirección: _____ Fax # _____

DEBE SER RUBRICADO: _____ Informacion Escrita _____ Informacion Verbal -----Transferencia Electronica / FAX

El propósito de liberación: _____

FECHA(S) DE SERVICIO DE: _____ HASTA: _____

Información que será liberada: (El individuo debera poner sus INICIALES AL LADO DE CADA ARTICULO de informacion que debe ser liberar)

_____ Información de Psiquistica / Droga / Alcohol	_____ Información sobre el SIDA y VIH	
_____ Reporte de consulta	_____ Historial medico y examen físico	_____ Plan de tratamiento
_____ Diagnostico psiquiátrico	_____ Sumario de tratamiento	
_____ Evaluación psiquiátrica	_____ Medicamento	
_____ Evaluacion psicologica		
_____ Carta de información general únicamente	_____ Historial de tratamiento medico	_____ Lab / EKG
_____ Otra (sea especifico/a)	_____	_____

INFORMACION PARA CONCENTIMIENTO INFORMADO

Estatuto del estado y federal, leyes, y regulaciones incluyendo Estatutos revisadas de Nevada y titulo 42 del código de regulaciones federales, y HIPAA protege la confidencialidad de información medica, psiquiatría, y de abuso de substancia. Estos estatutos, leyes, y regulaciones requieren que el individuo de informada autorización, antes de que liberemos cualquier información de salud, o registro de hospital, con respecto a cómo este explicado en los estatutos, leyes, y regulaciones. Una violacion de las leyes federales y de las regulaciones es un crimen y las violaciones sospechosas pueden ser reportadas a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Un consentimiento general para la divulgación de información medica u otra, NO es suficiente para esta propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Este consentimiento para liberar información será valido solo cuando indique: (1) Quien liberara la información (2) Quien recibirá la información (3) El propósito de usar la información (4) Específicamente cual información seria soltada (5) Cuando se vencería la autorización.. El consentimiento debe contener la firma y fecha del individual o representante autorizado. El representante autorizado que firma por el cliente debe de presentar una copia de los documentos legales que garantiza esta autoridad.

Esta "autorización para liberar información medica" renuncia a cualquier y todos los derechos que el individuo ahora tiene o tendrá en el futuro para llevar acción legal en contra de la persona/ o establecimiento por daños y perjuicios causados de manera directa o indirecta a causa de liberar esta información o cualquier otra información confidencial. A pedido, el individual podrá recibir una copia de la forma completada "Consentimiento de Información.

Esta autorización es efectiva inmediatamente y esta sujeta a revocación por escrito en cualquier momento, con la excepción a medida que ya hayamos tomado acción el la dependencia al respecto. De otro modo esta autorización se vencerá 365 días de la fecha que fue firmada (pero no mas de 365 días) o hasta que se cierre el caso, cualquiera que ocurra primero.

Firma del Padre / Guardián Fecha Firma del Cliente Fecha

Parentesco al Cliente Firma del Testigo Fecha

DIVISION OF PUBLIC AND BEHAVIORAL HEALTH Release of Protected Health Information Consent Form El formulario para obtener la informacion de salud protegida DPBH PHR 150 Pagina 1 de 2 Rev: 8/17	NAME: _____ HEALTH RECORD #: _____
--	---------------------------------------

REVOCACION:

**I hereby revoke the authorization given on the reverse side of this page
Por la presente revoco la autorizacion dada en el reverse de esta pagina**

Signature of Patient (Firma del paciente) **Date/Time** _____
Fecha / Hora

Signature of Guardian/Representative (Legal documents required) **Date/Time** _____
Firma del tutor o representante (documentos legales requeridos)

Signature of Witness (Firma del testigo) **Date/Time** _____
Fecha / Hora

The following information was released to: (list by PHR # and date i.e., PHR 103 2/99, 3/01)

Was released to: _____

Via mail verbal fax

Picked up by: _____ Date: _____ Time _____
(signature required)

Released by: _____ Date: _____ Time _____

The following information was released to: (list by PHR # and date i.e., PHR 103 2/99, 3/01)

Was released to: _____

Via mail verbal fax

Picked up by: _____ Date: _____ Time _____
(signature required)

Released by: _____ Date: _____ Time _____

The following information was released to: (list by PHR # and date i.e., PHR 103 2/99, 3/01)

Was released to: _____

Via mail verbal fax

Picked up by: _____ Date: _____ Time _____
(signature required)

Released by: _____ Date: _____ Time _____

DIVISION OF PUBLIC AND BEHAVIORAL HEALTH
Release of Protected Health Information Consent Form
El formulario de consentimiento para obtener la informacion
de salud protegida

NAME: _____

HEALTH RECORD #: _____