



**División de Salud Pública y Comportamiento**  
**Autorización para Compartir Información de Salud**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS #: XXX-XX-\_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Telefono #: \_\_\_\_\_ Alterno #: \_\_\_\_\_

El propósito de liberación:

- LAKE'S CROSSING: FECHA(S) DE SERVICIO DE: \_\_\_\_\_
- NNAMHS: FECHA(S) DE SERVICIO DE: \_\_\_\_\_
- RURAL HEALTH CLINIC - FECHA(S) DE SERVICIO DE: \_\_\_\_\_
- SNAMHS: \_\_\_\_\_ Rawson-Neal \_\_\_\_\_ Stein \_\_\_\_\_ Medication Clinic Fechas: \_\_\_\_\_
- OTRA: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_

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

|   |  |
|---|--|
| _____ Información de Psiquiátrica / Droga / Alcohol | _____ Información sobre el SIDA y VIH  |
| _____ Reporte de consulta                           | _____ Historial medico y examen físico |
| _____ Diagnostico psiquiátrico                      | _____ Sumario de tratamiento           |
| _____ Evaluación psiquiátrica                       | _____ Resume de Alta                   |
| _____ Evaluación psicologica                        | _____ Medicamento                      |
| _____ Carta de información general únicamente       | _____ Historial de tratamiento medico  |
| _____ Otra (sea específico/a)                       | _____ Plan de tratamiento              |
|   | _____ Servicio de Coordinacion         |
|   | _____ Manejo de Casos                  |
|   | _____ Notas de Enfermeria              |
|   | _____ Laboratorio/ Analisis            |

**INFORMACION SERA LIBERADA A:**

Nombre/Agencia: \_\_\_\_\_ Telefono#: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

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

**Proposito de la Liberacion:**

- \_\_\_\_\_ Continuacion de la atencion \_\_\_\_\_ Self/Personal
- \_\_\_\_\_ Aseguransa \_\_\_\_\_ Especificar el proposito \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Legal

**Información Para Autorización De El Paciente**

Estatuas del estado y federal, leyes, y regulaciones incluyendo Estatuas 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. Estas estatuas, leyes, y regulaciones requieren que el individual de informada autorización, antes de que soltemos cualquier información de salud, o registro de hospital, con respecto a cómo este explicado en las estatuas, leyes, y regulaciones.

Una autorización para soltar información seria valida solo cuando indique: (1) Quien soltaría la información (2) Quien recibirá la información (3) El propósito de usar la información (4) Especificamente cual información seria soltada (5) Cuando se vencería la autorización. La autorización 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 soltar información de registro" renuncia cualquier y todos los derechos que el individual ahora tiene o tendrá en el futuro para llevar acción legal en contra de la persona/ o facilidad que causa daños y perjuicios directo o indirecto a causa de soltar la información o otra información confidencial. Al pedido, el individual podrá recibir una copia de la completada "autorización de información.

Esta autorización es efectiva inmediatamente y es sugerida a revocación en escrito a cualquier hora, 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. Solo la firma original del individual que servimos o la firma de su guardián serán honradas.

Firma del Cliente/del Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco al Cliente: \_\_\_\_\_ Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Los tutores y los representantes del poder duradero deben incluir una copia de la documentación aplicable con esta solicitud.

**COPIAS \$ .60 POR PÁGINA**



DIVISION OF PUBLIC AND BEHAVIORAL HEALTH  
RELEASE OF PROTECTED HEALTH (PHI) CONSENT FORM

**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**

**Date/Time** \_\_\_\_\_

**Signature of Patient (Firma del paciente)**

**Fecha / Hora**

**Date/Time** \_\_\_\_\_

**Signature of Guardian/Representative (Legal documents required)**

**Firma del tutor o representante (documentos legales requeridos)**

**Date/Time** \_\_\_\_\_

**Signature of Witness (Firma del testigo)**

**Fecha / Hora**