



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 | _____ Plan de tratamiento |
| _____ Evaluación psiquiátrica | _____ Sumario de tratamiento |
| _____ Evaluación psicologica | _____ Servicio de Coordinacion |
| _____ Carta de información general únicamente | _____ Resúme de Alta |
| _____ Otra (sea específico/a) | _____ Medicamento |
| | _____ Historial de tratamiento medico |
| | _____ 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