

Enviar el formulario completo por correo, correo electrónico, o fax a:
Southern Nevada Health District 280 S. Decatur Blvd., Las Vegas, NV 89107
medicalrecordsrequest@snhd.org / Fax: (702) 759-1412/Tel: (702) 759-1700



Autorización para divulgar información de salud del paciente

For Office Use Only:

Approved: _____

Date: _____

Paciente _____ Masculino/Femenino _____
(letra de molde por favor): _____ (elegir uno) Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono _____ o correo electrónico: _____

Autorizo la divulgación de la Información de Salud Protegida (PHI) del individuo que se menciona anteriormente y solicito que el **Distrito de Salud del Sur de Nevada/ Centro de Salud Comunitario** divulgue la información solicitada a: *(Nota: Hay una cuota de \$0.60 por página por copias impresas)*

Nombre (letra molde) _____

Dirección _____

La información divulgada puede ser: _____ enviada por correo o fax a un número de fax **seguro** _____; o llamen a este número _____ para que sea recogida personalmente; o envíenla por correo electrónico codificado a: _____

El propósito de esta información solicitada es para:
 Continuación de cuidado Uso personal Escuela Abogado Seguro Otro, especifique: _____

ESPECIFIQUE FECHAS DE SERVICIO, SI LAS CONOCE: _____

La siguiente información es solicitada:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de vacunación | <input type="checkbox"/> Registros clínicos de tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Registros de cuidado primario | <input type="checkbox"/> Registros clínicos de refugiados |
| <input type="checkbox"/> Registros de planificación familiar | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio (especifique el tipo de prueba): _____ |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud de comportamiento | <input type="checkbox"/> Registro médico completo |
| <input type="checkbox"/> Registros de investigación de enfermedades | <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____ |

Reconozco y aquí entiendo que al divulgar mis registros de salud, estos pueden contener información relacionada con el VIH o SIDA, tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas, y/o enfermedades sexualmente transmisibles.

DOY AUTORIZACIÓN A DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE: Registros de VIH o SIDA (Ryan White) Registros sobre tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas y/o Registros de enfermedades sexualmente transmisibles. _____ **(INICIALES)**.

Esta autorización expirará en la siguiente fecha o evento: _____ o después de 180 días de la fecha indicada en la firma si yo no lo especifico de otra manera.

Entiendo que:

1. La autorización de esta divulgación de información es voluntaria y puedo rehusarme a firmar esta autorización.
2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios no está condicionado a la firma de esta autorización con excepción donde el tratamiento es por el propósito de investigación o solamente por el propósito de crear un registro de salud para darlo a conocer a una tercera parte.
3. Yo puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, con excepción del punto en que dicha acción ya ha ocurrido al depender de la misma.
4. La información utilizada o dada a conocer por medio de esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y puede ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad.

El Distrito de Salud del Sur de Nevada, sus empleados, y sus proveedores del cuidado de la salud son liberados de cualquier responsabilidad legal por divulgación de la información anterior al punto que se indica y se autoriza por la presente.

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha de hoy

Nombre impreso del representante legal (si aplica)

Relación con el paciente

*Nota: Los tutores y aquellos con Poder Notarial Permanente necesitarán anexar el papeleo apropiado.
Las firmas digitales no se aceptan sin un certificado de firma digital válido.
Esta autorización no es válida para la divulgación de notas de psicoterapia.*