Estado de Nevada
División de Salud Mental y servicios de desarrollo
Autorización para Compartir Información de Salud

AGENCIA: Rural Clinics NNAMHS (Northern NV Adult Mental Health Services)
 Lakes Crossing SNAMHS (Southern NV Adult Mental Health Services)

Nombre: _____ Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Soltar información de: _____

Nombre / Agencia: _____

Dirección: _____

Compartir información con: _____

Nombre/Agencia: _____

Dirección: _____

El propósito de liberación: _____

(Favor de iniciar la manera de soltar la información)

Escrito Verbal

Información para Compartir: (El individual debe de iniciar cada articulo de información que quisiera que compartir)

Reporte de consulta Historial medico y examen físico Plan de tratamiento
 Diagnostico psiquiátrico Información sobre el SIDA y VIH Evaluación psiquiátrica
 Sumario de tratamiento Medicamento Evaluación psicológica
 Información sobre Abuso de droga y alcohol
 Carta de información general Historial de tratamiento medico
 Otra (sea específico/a) _____

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, psiquiatrita, 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) Específicamente 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 Guardián Fecha

 Firma del individuo que servimos Fecha

 Firma del testigo Fecha

<p>MHDS</p> <p>Authorization for Release of Protected Health Information Form</p> <p>MHDS Rev. 11/2012</p>	<p>NAME: _____</p> <p>Medical Record#: _____</p>
--	--