



Dirección: 6940 Sierra Center Parkway Reno, Nevada 89511 | Teléfono: (775) 393-2231 | Fax: (775) 852-1473

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 números del Seguro Social: _____

Dirección actual: _____ Teléfono actual#: _____

Por la presente autorizo al Hospital Reno Behavioral Healthcare a divulgar/obtener información sanitaria protegida para/de:

Hospital, organización, persona/yo:	
Dirección:	
Teléfono:	Fax/Correo electrónico:

****Esta sección DEBE completarse en su totalidad para poder procesar la solicitud de registros****

Fechas de hospitalización/Tratamiento: _____

Propósito para el cual se divulgará la información:

☐ Fines Legales ☐ Cuidado Continuo ☐ Uso personal

☐ Otros motivos, por favor especifíquelos:

☐ Autorizo la divulgación de la siguiente información, incluyendo todos los registros que incluyan cualquier trastorno por consumo de sustancias y/o tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.

☐ Autorizo la divulgación de la siguiente información, excluyendo todos los registros que incluyan cualquier trastorno por uso de sustancias y/o tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.

Información que puede ser divulgada: *(Puede estar sujeta a una tarifa de copia de 0,60¢ por página NRS 629.061)*

☐ Estándar de la industria (resumen de alta, medicación de alta, salud y fisioterapia, evaluación psiquiátrica, análisis)

☐ Resumen de alta/Plan de seguimiento ☐ Informes de laboratorio

☐ Notas de progreso médico ☐ Conciliación de medicación ☐ Historia y Física

☐ Evaluación psiquiátrica ☐ Electrocardiograma (EKG)

☐ Notas sobre enfermería/terapia ☐ Otros: _____

☐ Por favor, copia todos los registros, entiendo que estaré sujeto a una tarifa de 0,60¢ por página.

Firma del paciente (obligatorio para TODOS los pacientes de 12 años en adelante) Fecha**

**Los pacientes de 12 a 17 años deben firmar según la ley de Nevada según la NRS 129.050.

Padres/tutor legal**Fecha**

Firma del testigo

Fecha**Divulgación de autorización:**

Entiendo que esta autorización cubre tratamientos relacionados con hospitalización, residencial, rehabilitación, ambulatorio y/o hospitalización parcial. Entiendo que mi historial médico puede contener información relacionada con **el abuso de drogas/alcohol, condiciones psiquiátricas o SIDA/VIH**, y doy consentimiento adicional para la divulgación de esta información.

Entiendo que, a menos que se indique lo contrario arriba, mis registros pueden ser divulgados **por escrito, verbalmente o electrónicamente (fax/correo electrónico)**.

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización para divulgar información sanitaria protegida y autorizar esta divulgación es voluntario. Entiendo que puedo inspeccionar la información que se va a usar o divulgar. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad relativo a divulgaciones de autorización.

Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por la ley federal: "La regulación federal (42 CFR, Parte 2) le prohíbe realizar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente con el consentimiento por escrito de la persona a la que se refiere, o según lo permitan dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra no es suficiente para este propósito. Las Normas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente alcohólico o de drogas." [RM 203, 7.2]

La información solicitada anteriormente debe completarse íntegramente para facilitar el procesamiento de los historiales

Este consentimiento caducará 1 año desde la fecha firmada, al menos que se complete la sección de revocación.

REVOCACION:

Por la presente revoco la autorizacion dada arriba de esta pagina.

Firma del paciente

Fecha/Hora

Padres/tutor legal

Fecha/Hora

Firma de testigo

Fecha/Hora