

**Nevada Health Centers, Inc.**  
**AUTHORIZATION TO SHARE INFORMATION**

Our Notice of Privacy Practices (PE5.01Fa) provides information about how we may use and disclose protected health information about you. The notice contains a Patient Rights Section describing your right to authorize a member of your family, friend or a designated individual of your choosing to discuss your protected health information. You have the right to terminate this authorization at any time by completing this form and checking the "I want to terminate..." section below.

**I authorize the following persons or entities to represent me or contact you and request information:**

**I want to terminate my authorization to disclose information from the following person/entities:**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

*The persons named above can request the following information:*

**Medication refills**    **Referrals**    **All information pertaining to appointments**    **All medical information**

\_\_\_\_\_  
 Patient Signature

\_\_\_\_\_  
 Print Name

\_\_\_\_\_  
 DOB

\_\_\_\_\_  
 Date

**Nevada Health Centers, Inc.**  
**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN**

Nuestro documento de Prácticas de Privacidad (PE5.01Fa) proporciona información sobre la manera en que podemos usar y revelar información de salud privada acerca de usted. La notificación contiene una sección de Derechos del Paciente que describe su derecho a autorizar a un miembro de su familia, amigo, o a un individuo a quien usted elija, para conversar sobre su información de salud privada. Usted tiene derecho a terminar esta autorización en cualquier momento completando este formulario y marcando la sección que dice "Quiero terminar..." según sigue a continuación.

**Autorizo a las siguientes personas o entidades para que me representen o le contacten y soliciten información:**

**Quiero terminar mi autorización de revelar información de las siguientes personas o entidades:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Las personas que se nombraron anteriormente pueden solicitar la siguiente información:*

**Relleno de medicamentos**    **Derivaciones médicas**  
 **Toda la información relacionada con citas médicas**    **Toda la información médica**

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Tutor legal

\_\_\_\_\_  
 Escribir el nombre

\_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Fecha