NEVADA HEALTH CENTERS

Nevada Health Centers, Inc.
AUTHORIZATION TO SHARE INFORMATION

Our Notice of Privacy Practices (FD-ALL.014e) 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 aviso de prácticas de privacidad (FD-ALL.014s) da información sobre cómo podemos usar y revelar su información médica protegida. Este aviso incluye una sección sobre Derechos del paciente que describe su derecho a autorizar a un familiar, un amigo o a una persona designada de su elección para que hable sobre su información médica protegida. Tiene el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento completando este formulario y marcando la sección "Quiero cancelar..." abajo.

☐ **Autorizo a las siguientes personas o entidades a que me representen o a que se comuniquen con ustedes y pidan información:**

☐ **Quiero cancelar mi autorización para revelar información de las siguientes personas/entidades:**

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nac.: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nac.: _____

Las personas nombradas arriba pueden pedir esta información:

☐ **Resurtidos de medicamentos** ☐ **Remisiones**

☐ **Toda la información relacionada con citas** ☐ **Toda la información médica**

_____	_____	_____	_____
Firma del paciente	Nombre en letra de molde	Fecha de nac.	Fecha