

**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: _____
Name: _____	Relationship: _____	DOB: _____
Name: _____	Relationship: _____	DOB: _____

If you are signing for a minor child, please enter your name above, as well as any other parent or guardian who has your authorization for us to share information with them.

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

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

Patient Name	Date of Birth
Patient Signature <i>(Parent/legal guardian signature if patient is under 18 years old)</i>	Date
Print Signature Name <i>(if parent/legal guardian)</i>	

**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.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

Si está firmando por un menor de edad, escriba su nombre arriba y el de otro padre/madre o tutor que tenga su autorización para que compartamos información con él/ella.

***Las personas nombradas arriba pueden pedir esta información:***

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

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

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

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (*firma del padre/madre/tutor si el paciente es menor de 18 años*)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde (*si es padre/madre/tutor*)