NEVADA HEALTH CENTERS

Nevada Health Centers, Inc.
AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
(en letra de molde)

Fecha de nacimiento: _____ MRN: _____
(mm/dd/aaaa) *(para uso de la oficina solamente)*

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, de lo contrario su autorización no vencerá.

☐ **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:**

☐ **Ninguno seleccionado o ningún nombre indicado**

Nombre *(en letra de molde)*	Relación	Fecha de nac.	Teléfono

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**

_____ _____
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)