Nevada Health Centers, Inc.
REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nevada Health Centers Medical Records Department
1799 Mount Mariah Drive, Las Vegas, NV 89106
Phone: 800.787.2568 | Fax: 702.399.2496

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo la revelación de la información sobre atención médica del paciente arriba nombrado ☐ Para o ☐ De:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Marque SOLO Expedientes necesarios:
☐ Lista de medicamentos ☐ Expedientes de vacunas ☐ Notas del proveedor
☐ Resultados de laboratorio ☐ Radiografías ☐ Registros de facturación
☐ Otro _____

☐ Expedientes de atención médica correspondientes al período de _____ *(fecha)* al _____ *(fecha)*

La información revelada según esta autorización podría volverse a revelar por el destinatario y esta nueva revelación posiblemente ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Autorizo la revelación de información confidencial relacionada con:

☐ Sí ☐ No Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
☐ Sí ☐ No Salud conductual/salud mental/pruebas psiquiátricas, diagnóstico, historia o tratamiento
☐ Sí ☐ No Pruebas de consumo de alcohol o drogas, diagnóstico, historia o tratamiento
☐ Sí ☐ No Servicios sociales

Motivo de la petición *(Marque uno)*

☐ Atención médica ☐ Seguro ☐ Personal ☐ Abogado ☐ Otro _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si cancelo esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi cancelación por escrito en una ubicación de Nevada Health Centers. Entiendo que la cancelación no se aplicará a la información que ya se ha revelado en respuesta a esta autorización. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá cuando ocurra esta fecha, este suceso o esta condición:

_____ SI SE DEJA EN BLANCO, ESTA AUTORIZACIÓN VENCERÁ EN 120 DÍAS.

Firma del paciente o tutor autorizado: _____

Fecha: _____ Testigo: _____

For Office Use Only (Solo para uso de la oficina):

Date faxed: _____ Patient MRN: _____

Request completed by: _____ Date: _____
(NVHC Staff member signature)