



FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE CHECK ONE

PEDIATRIC PRIMARY CARE	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

## Autorización del paciente: lanzamiento de pediatría del informacion

Este formulario autoriza la liberación de información de salud protegida (PHI) de conformidad con el CFR Partes 160 y 164.

NOMBRE DEL PACIENTE	ID DEL PACIENTE	FECHA DE CUMPLEAÑOS
---------------------	-----------------	---------------------

Autorizo A Northern Nevada HOPES para intercambiar información con los siguientes organismos y / o personas:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Renown Health         | <input type="checkbox"/> St. Mary's Health         | <input type="checkbox"/> Northern Nevada Medical Center      |
| <input type="checkbox"/> Carson Tahoe Hospital | <input type="checkbox"/> Banner Churchill Hospital | <input type="checkbox"/> Northern Nevada Adult Mental Health |
| <input type="checkbox"/> West Hills            |  |  |

Categoría	Miembro De La Familia
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Miembro De La Familia
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Familia Adoptiva
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Guardian Ad Litem
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Terapeuta
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Escuelas
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Proveedores de Cuidado Infantil
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Médico de Atención Primaria
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

**Información que se entregará (por favor iniciales en todo lo que corresponda):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso Clínica                     | <input type="checkbox"/> Registros del hospital    |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos                         | <input type="checkbox"/> Notas Psiquiatría         |
| <input type="checkbox"/> Notas de consumo de sustancias                | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA y otras enfermedades transmisibles | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia     |
| <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas diagnósticas        | <input type="checkbox"/> D / C Resumen             |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)                           |  |

**Propósito para el lanzamiento:** \_\_\_\_\_

**Fechas para incluir: todas las fechas de servicio o de** \_\_\_\_\_ **to** \_\_\_\_\_

**Autorización de la fecha de vencimiento:** \_\_\_\_\_

**Aviso a los: 1) Receptor de la Información y 2) Paciente**

**1) RECEPTOR:** Esta información ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2 y CFR parte 164). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR parte 2 o 45 CFR parte 164. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.**2) PACIENTE:** Entiendo que debo firmar voluntariamente y con conocimiento de esta autorización antes de que cualquier información puede ser puesto en libertad, y que puedo negarme a firmar, pero en ese caso la información no puede y no será divulgada. También entiendo que el tratamiento por este proveedor no está condicionado a mi firma de esta autorización, aunque se harán excepciones para a) el tratamiento y la investigación relacionada con b) a excepción de notas de psicoterapia, los planes de salud eran el pago está condicionado a una autorización para utilizar PHI para determinar el pago. Entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona o clase de personas o facilidad que lo recibe, y entonces ya no será protegida por las regulaciones federales de privacidad. Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y entiendo que una vez que se da a conocer la información, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. (Usted puede revocar esta autorización por escrito, en persona o por correo certificado al proveedor a la dirección anterior. La revocación se verá afectado únicamente a la recepción, salvo en la medida en que el proveedor ha actuado basándose en la autorización. Más información sobre el derecho de revocar puede proporcionar de vez en cuando en la Comunicación de la Proveedor de Prácticas de Privacidad).

---

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL

FECHA

**REVOCAR LA AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION**

Por este medio revoco esta autorización para divulgar información.

---

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL

FECHA