NORTHERN NEVADA HOPES
580 W. 5th • Reno, NV 89503
P 775.786.4673 | F 775.236.1445
medicalrecords@nnhopes.org

Autorización Para La Entrega y Obtención de Información Médica Protegida

Información del paciente

Nombre (Nombre, Inicial, Apellido): _____Nombres previo(s): _____

Fecha de nacimiento: _____Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____Teléfono_____

Yo autorizo a Northern Nevada HOPES a: ☐ Revelar o Mandar a: ☐ Obtener de:

Nombre de la agencia o individuo: _____ Relación: _____

Domicilio _____Ciudad: _____Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Numero de Fax: _____

Propósito de la Entrega

☐ Tratamiento/Cuidado continuo ☐ Traslado de Cuidado (cambio de proveedor) ☐ Personal ☐ Propósitos Legales

☐ Determinación de Discapacidad ☐ Seguro Médico ☐ Otro: _____

Información que será Revelada Liberada por: ☐ Todo ☐ Escrito ☐ Verbal **(No se aceptan discos duros externos/CD)**

☐ Todos los registros pasados Fechas de Registros: _____Fecha en la que se necesita información: _____

☐ Notas/Procedimientos Médicos ☐ Historia y Examen Físico ☐ Notas de Hospital ☐ Resumen de descarga de Hospital

☐ Informes de Laboratorio/Patología ☐ Imágenes de Radiología ☐ Reportes Operatorios ☐ Estudio Cardiovascular (echo, EKG)

☐ Registros de Vacunación ☐ Colonoscopia/Prueba FIT ☐ Imágenes Mamarias ☐ Reportes de Papanicolaou

☐ Psiquiatría* ☐ Dependencia Química* ☐ Salud Conductual (Especificar)*: _____

☐ Otro: _____

* Leyes estatales y federales protegen la siguiente información. Si esta información aplica a usted, indique si desea que esta información sea liberada/obtenida (incluya fechas cuando corresponda):

Registros de Alcohol, Drogas, Abuso de Sustancias ☐ Si ☐ No Fechas: _____ Pruebas/Resultados de VIH ☐ Si ☐ No Fechas: _____

Registros de Salud Mental ☐ Si ☐ No Fechas: _____ Registros de psicoterapia ☐ Si ☐ No Fechas: _____

- Esta autorización es válida durante 3 años a partir de la fecha de firma, a menos que se especifique otra fecha aquí: _____
- Puedo terminar esta autorización verbalmente o por escrito en cualquier momento firmando a continuación. La terminación no afectará las liberaciones que ocurrieron antes del aviso de terminación. La terminación por escrito de la autorización debe entregarse al departamento de registros médicos.
- Entiendo que firmar esta autorización es voluntario y puedo negarme a hacerlo. No es necesario que firme esta autorización para recibir tratamiento.
- Mis registros de trastornos por consumo de sustancias están protegidos por la ley federal, incluyendo 42 C.F.R. Parte 2 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, y no pueden ser liberados sin mi consentimiento por escrito, a menos que lo permitan las regulaciones.
- La información utilizada o revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal.
- Una fotocopia de esta autorización puede tratarse de la misma manera que el original.
- Mi firma indica que he leído y comprendido este formulario, y que autorizo la liberación de información según se describe anteriormente.

☐ Paciente (Mayor de 18 años) ☐ Padre del Menor ☐ Firma del Padre/Guardián Legal ☐ Menor del Título X

- Si el paciente tiene 17 años o menos, el padre o tutor legal del paciente debe firmar y fechar este formulario, a menos que el paciente sea un menor del Título X.
- Si un paciente de salud conductual tiene 16 o 17 años, tanto el paciente como el padre/guardián legal deben firmar y fechar este formulario

_____ _____ _____

Nombre del Paciente Firma del Paciente Fecha

_____ _____

Nombre del Padre/Guardian Legal Firma del Padre/ Guardián Legal

Firma para autorizar terminación: _____ Fecha: _____

Terminación Verbal: _____ _____Solo para uso de oficina: Firma cuando se toma: _____ BH _____ Med

Nombre del Personal Fecha Solo para uso de oficina: Firma cuando se escanea: _____ BH _____ Med