



Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:
INFORMACION PARA SER REVELADA/DIVULGADA DE:		
Proveedor/Agencia:	Tel. No.: ()	
Direccion: <small>Numero y Calle Ciudad Estado Codigo Postal</small>	Fax No.: ()	
INFORMACION PARA SER REVELADA/DIVULGADA PARA:		
Proveedor/Agencia:	Tel. No.: ()	
Direccion: <small>Numero y Calle Ciudad Estado Codigo Postal</small>	Fax No.: ()	
PROPOSITO/S POR LA CUAL ESTA INFORMACION VA A SER UTILIZADA – Escriba sus iniciales en cada proposito por el cual usted esta de acuerdo en como utilizar su informacion personal		
<input type="checkbox"/> Continuidad de Servicios de Atencion	<input type="checkbox"/> Diagnóstico y Tratamiento	<input type="checkbox"/> Coordinación de los Servicios de Atención / Tratamiento
<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____		
TIPO DE INFORMACION PARA SER REVELADA/DIVULGADA – Escriba sus iniciales en cada tipo de informacion por el cual usted esta de acuerdo en revelar/divulgar		
<input type="checkbox"/> Solamente la Carta de Informacion General	<input type="checkbox"/> Informe de Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Informe de su Situacion
<input type="checkbox"/> FMLA / Carta para Regresar a Trabajar	<input type="checkbox"/> Informes de Medicamentos/Farmacia	<input type="checkbox"/> Informe de Laboratorio/Examen de Drogas
<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____		
TIPO DE REVELACION/DIVULGACION – Escriba sus iniciales en uno o los dos tipos de revelacion/divulgacion		
<input type="checkbox"/> Escrito/Fotocopia del Documento (Nota: Por la ley del Estado de Nevada, HBI puede cobrarle \$0.60 por cada pagina del informe del paciente)		<input type="checkbox"/> Verbal / Por Telefono / En Persona

INFORMACION PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La confidencialidad de la informacion medica, psiquiatrica y abuso de estupefacientes esta protegida por las Leyes Federales y del Estado, Normas y Reglamentos incluyendo las Leyes Revisadas de Nevada y el Titulo 42 del Codigo de Reglamentos Federales. Estas Leyes, Normas y Reglamentos requieren que la persona de consentimiento informado antes de revelar/divulgar cualquier informacion o informes medicos o del hospital, con excepcion de como se describe dentro de las Leyes, Normas y Reglamentos.

Consentimiento para revelar/divulgar informacion es considerada valida solamente cuando se afirma: (1) quien va a revelar/divulgar la informacion; (2) quien va a recibir la informacion; (3) cual es el proposito por la cual se va a utilizar la informacion; (4) que informacion va a ser revelada/divulgada; y (5) cuando se vence el consentimiento. El consentimiento debe contener la firma y fecha de la persona o del representante autorizado. El representante autorizado debe de presentar una copia del documento/s legal donde se le autoriza ser un representante autorizado.

Esta autorizacion para revelar/divulgar su informacion medica renuncia a cualquier o todos los derechos que la persona tiene o tendra para llevar a cabo cualquier action legal en contra de la persona/agencia causante de cualquier daño causado directa o indirectamente por revelar/divulgar esta informacion o cualquier otra informacion confidencial. Si la persona lo solicita, se le puede dar una copia llena de la "Authorizacion para Revelar/Divulgar Informacion de Salud Protegida."

Esta autorizacion es valida inmediatamente y puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en caso en que la acción ya halla sido adoptada. De otra manera, esta autorizacion expira en _____ dias desde la fecha de la firma (pero no mas de 365 dias) o en el momento del cierre del caso, lo que ocurra primero.

Yo, el suscrito, estoy de acuerdo y autorizo la Authorizacion para Revelar/Divulgar Informacion de Salud Protegida de conformidad con las especificaciones identificadas anteriormente. La copia en los archivos se considera equivalente a la original. Además reconozco que me explicaron completamente la información que va a ser revelada/divulgada y este consentimiento se da en mi propia voluntad.

Firma del Paciente _____ Fecha _____
(Si es menor de edad, debe de ser firmada por el Padre/Madre/Guardian)

Firma del Notario o Representate de HBI _____ Fecha _____

Sello del Notario:

Escriba el Nombre del Padre/Madre/Guardian/
Representante Autorizado: _____

RECHAZO DEL PACIENTE PARA REVELAR/DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA: Revisé la informacion anterior acerca de revelar/divulgar informacion con el paciente y hablamos de la importancia acerca de coordinar servicios de atencion entre salud mental y los proveedores de atencion medica. El paciente rechazo la autorizacion para revelar/divulgar los informes acerca de su salud mental y/o informes acerca de abuso de alcohol o estupefacientes.

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____