



Enviar el formulario completo por fax al  
(702) 759-1412 A/A. Dpto. Legal

Solo para uso oficial:  
Aprobado: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**Autorización para divulgar  
Información de salud del paciente**

Southern Nevada Health District (Distrito de Salud del Sur de Nevada) - PO Box 3902 - Las Vegas, NV 89127 -  
Tel.: 702-759-1364

Nombre del paciente (en imprenta): \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino (encierre uno en un círculo) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de la Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de la persona antes mencionada y solicito al **Distrito de Salud del Sur de Nevada** que entregue la información solicitada a: (Nota: se cobrarán \$0.60 por página fotocopiada)

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

La divulgación de información puede hacerse (*marque de uno*): \_\_\_\_\_ Por correo postal; Por fax a un número **seguro** \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ Llame para recogerlo en persona;

Por correo electrónico cifrado a: \_\_\_\_\_

El propósito de esta información solicitada es:

- Continuidad de atención
- Uso personal
- Consulta
- Transferencia escolar
- Abogado
- Seguro
- Otros, especifique: \_\_\_\_\_

Se solicita la siguiente información:

- Reporte de Papanicolaou
- Examen ginecológico
- Imágenes de Radiografías/ Rayos X
- Registros vacunación
- Clínica de salud sexual
- Administración de casos de VIH
- Registros de Planificación familiar
- Registros de Programa de Exámenes de Niños Sanos/ Programa de Salud Materno-infantil
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_
- Especifique las fechas de los servicios, si las conoce: \_\_\_\_\_

**Por este medio reconozco y confirmo entender que la divulgación de mi HISTORIA CLÍNICA podría contener información relacionada con el VIH/SIDA, tratamientos por abuso de alcohol o drogas y/o enfermedades de transmisión sexual.**

**Doyle mi consentimiento para divulgar  información sobre VIH/SIDA,  tratamientos por abuso de alcohol o drogas y/o  enfermedades de transmisión sexual \_\_\_\_\_ (INICIALES).**

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento: \_\_\_\_\_ o 180 días después de la fecha de su firma.

Entiendo que:

1. Autorizar esta divulgación de información es un acto voluntario y puedo negarme a firmar esta autorización.
2. Mi tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para obtener beneficios, no estarán condicionados a la firma de esta autorización, salvo cuando el tratamiento tenga fines de investigación o el propósito exclusivo de crear una historia clínica para divulgar a un tercero.
3. Podré revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, exceptuando cuando se hayan tomado acciones basadas en este documento.
4. La información usada o divulgada en virtud de esta autorización podría estar sujeta a posteriores divulgaciones y dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

**El Distrito de Salud del Sur de Nevada, sus empleados y proveedores de atención médica quedan por este medio liberados de toda responsabilidad jurídica o general por la divulgación de la información antes mencionada hasta donde se indique y autorice en el presente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del representante legal (si correspondiera)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (si no se trata del paciente)

**Nota:** Los tutores y los responsables designados por Poder legal duradero deben incluir una copia del documento correspondiente.