

### Autorización para Divulgar Información (Registros Médicos)

Tenga en cuenta: los registros médicos copiados por razones distintas a la continuidad de la atención están sujetos a una tarifa de copia de \$0,60 por página (NRS 629.061).

Complete, firme y feche el formulario. Para verificar su identificación y validar su autorización, le solicitamos que incluya una copia legible de una identificación válida con foto emitida por el gobierno (por ejemplo, licencia de conducir, identificación militar o identificación estatal).

Correo, fax (702-776-3595), correo e. (alv.him@desertparkway.com) o entregue personalmente su documentación al centro.

#### Sección A: Alcance de la autorización

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro (4) dígitos del Número de Seguro Social del Paciente: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo E. \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a DESERT PARKWAY BEHAVIORAL HEALTHCARE HOSPITAL, LLC a  enviar u  obtener información/copias de la información de salud protegida de mi historial médico de salud mental/abuso de sustancias a:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona, centro o institución a la que se enviarán u obtendrán los registros médicos)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, estado y código postal)

\_\_\_\_\_  
(Número de teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Número de fax)

- Copia completa del historial médico  
 SOLO el registro médico más reciente; O  lo siguiente (Identifique la información específica que se divulgará, por ejemplo, partes específicas de los registros que solo incluyan fechas, adjunte páginas adicionales si es necesario):

La información se utilizará/divulgará para los siguientes fines:

- Personal  Continuidad de Atención  Facturación/Reclamos de Seguros  Litigio  Otros (explique) \_\_\_\_\_

Entiendo que este registro médico puede incluir información sobre diagnósticos psiquiátricos, abuso de drogas, alcoholismo o enfermedades transmisibles o venéreas (incluyendo, entre otras, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea o el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida "SIDA"). Con este conocimiento, por la presente doy mi consentimiento para divulgar la información solicitada del registro médico mencionado anteriormente, incluyendo cualquier información relacionada con la identidad del paciente/residente.

**AVISO A LA PARTE QUE RECIBE INFORMACIÓN SOBRE ABUSO DE DROGAS/ALCOHOL:**

Esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

**Sección B: Derechos del paciente**

Entiendo que el Centro que divulga información de conformidad con esta autorización no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a mi firma de esta autorización. Además, entiendo que puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización y que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento notificando al Centro por escrito, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de esta autorización antes de la revocación.

**Sección C: Autorización del paciente**

Con mi firma a continuación, autorizo a las entidades mencionadas anteriormente a usar, divulgar o recibir la información identificada en esta autorización y entiendo que, si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, el destinatario puede volver a divulgar la información descrita anteriormente y ya no estará protegida por esas regulaciones.

**Por la presente, acepto liberar y eximir al Centro, su matriz, afiliados, funcionarios, directores, empleados, abogados, agentes, cesionarios y todas las demás personas que actúen en su nombre, de todos los reclamos que surjan de o estén relacionados de alguna manera con el cumplimiento de esta solicitud.**

Esta autorización expirará el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_  
(evento)

(Si no hay fecha de vencimiento o evento, esta autorización expirará seis (6) meses a partir de la fecha en que se firmó.)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del **Padre/Tutor** (Si el paciente es menor de 18 años de edad) o **Tutor** (con documentos o representante personal emitido por el Tribunal)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\* NOTA:** De conformidad con las leyes estatales aplicables que rigen el derecho de un paciente/residente a la privacidad y la confidencialidad de los registros médicos, cualquier Apoderado de conformidad con un Poder Notarial, Tutor Legal o Representante Personal de un Patrimonio que ejecute esta Autorización en nombre de un Paciente/Residente debe proporcionar la documentación que lo rige (por ejemplo, Poder Notarial Duradero para Atención Médica, Cartas Testamentarias/Administrativas, etc.) antes de la divulgación de cualquier registro médico.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN  
DESERT PARKWAY BEHAVIORAL HEALTHCARE HOSPITAL  
3247 S Maryland Parkway, Las Vegas, NV 89109

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE