



KIDNEY SPECIALISTS  
OF SOUTHERN NEVADA

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR / DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

FECHA	NÚMERO DE REGISTRO DE SALUD	Fecha de nacimiento del paciente
-------	-----------------------------	----------------------------------

NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido)	(Primero)	(MI)
--------------------------------	-----------	------

\_\_\_\_\_, Autorizo el uso y divulgación de la información de salud de la persona mencionada anteriormente descrita a continuación. Las siguientes personas u organizaciones tienen autorización para divulgar mis registros de información médica.

**PUBLICAR INFORMACIÓN A**

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

DIRECCION

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------	--------	---------------

**PUBLICAR INFORMACIÓN A**

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

DIRECCION

NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX
--------------------	---------------

RANGO DE FECHA , DE REGISTROS A PUBLICAR: Desde: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_, 20

ME GUSTARÍA UNA COPIA DE MIS REGISTROS EN  Papel \$ 0.60 por página  discos compactos

<input type="checkbox"/> Registros de salud completos	<input type="checkbox"/> Información de trasplante	<input type="checkbox"/> Resultados de rayos X	<input type="checkbox"/> Historia y física
<input type="checkbox"/> Información financiera	<input type="checkbox"/> Resultados de biopsia	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro: _____.
<input type="checkbox"/> Lista de recetas	<input type="checkbox"/> Registros hospitalarios	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	

Esta autorización para divulgar información médica vence el: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_. Si no se proporciona una fecha, la autorización vencerá un año después de la fecha de la firma. Entiendo que la información en mis registros de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de conducta o mentales, y el tratamiento por abuso de alcohol y drogas. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al oficial de privacidad de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando le otorgue a mi aseguradora el derecho de consentir un reclamo bajo mi póliza de seguro, a menos que se revoque lo contrario. **Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o condición: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá un año después de la fecha de firma a continuación.** Si tengo alguna pregunta con respecto a esta divulgación de mi información de salud, puedo contactar al oficial de privacidad al 702-877-1887.

_____ Firma del paciente o representante legal	_____ Fecha
---------------------------------------------------	----------------

_____ Si está firmado por un representante legal, relación con el paciente	_____ Fecha
-------------------------------------------------------------------------------	----------------