

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades
Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor

Divulgación de información

Nombre del consumidor/paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del padre/madre/tutor

Parentesco

Presto mi consentimiento para que se comparta mi información médica.

Autorizo a mi plan de salud, médico, hospital o cualquier otro proveedor de atención médica a compartir mi información médica con la División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad (ADSD) y la Oficina para Asistencia de Salud del Consumidor (OCHA).

También autoriza la OCHA a compartir dicha información con mi plan de salud, médico, hospital o cualquier otro proveedor de atención médica necesario para ayudar con mi solicitud de asistencia.

Comprendo lo siguiente:

- Puedo solicitar una copia de las normas de privacidad.
- No estoy obligado a firmar este formulario.
- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo presentar mi solicitud por escrito a la OCHA si deseo cancelar mi permiso.
- La OCHA no compartirá ninguna parte de mi información médica una vez que yo cancele el permiso. Es posible que se haya compartido información antes de su cancelación.
- Se puede aceptar una copia de este formulario, no es necesario que sea original.
- Si considero que me trataron de manera injusta porque se compartió mi información relacionada con el VIH/sida, puedo comunicarme con la Oficina de Derechos Civiles.
- La ADSD comparte información con el objetivo de tomar decisiones sobre mis servicios.
- Cuando la ADSD comparte información con un destinatario sobre la base de esta autorización es posible que ese destinatario comparta dicha información y esta deje de estar protegida por las leyes estatales o federales.
- No responsabilizaré a los empleados de la ADSD por compartir información con los destinatarios mencionados en este formulario.
- Mi permiso finalizará cuando se cierre mi caso o cuando yo lo cancele.

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades
Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor

Divulgación de información

Firma del consumidor/padre/madre/tutor

Fecha

Firma del empleado de la ADSD

Fecha

Número de caso de la OCHA

Puede comunicarse con la OCHA si necesita ayuda o tiene alguna pregunta o inquietud.

Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor

7150 Pollock Drive

Las Vegas, NV 89119

Teléfono: (702) 486-3587 o (888) 333-1597

Fax: (702) 486-3586