

Autorización para el uso y Divulgación de Información de Salud Protegida.

Nombre del Recipiente: _____

Medicaid/Nevada Check Up ID #: _____

Yo autorizo el uso y divulgación de mi información de salud protegida por el Estado de Nevada, Departamento de Salud y Servicios Humanos, División de Cuidados de Salud Financiamiento y Póliza (DHCFP) como esta descrito arriba. Yo entiendo lo siguiente:

- La información que yo estoy autorizando a una persona o entidad a recibir, puede ser divulgada por lo tanto no estará ya más protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Esta autorización es voluntaria y puedo rehusarme a firmarla. Mi rechazo a firmar no afectara mi elegibilidad para beneficios o enrolamiento, pagos por cobertura de servicios o la habilidad de obtener tratamiento, excepto si el propósito de esta autorización es para que DHCFP determine elegibilidad antes del enrolamiento; la DHCFP se reserva el derecho de negar enrolamiento o elegibilidad de beneficios.
- Yo puedo inspeccionar o copiar la información usada o divulgada.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a DHCFP por escrito, excepto cuando una acción ya ha sido tomada como resultado de esta autorización.

Personas/organizaciones autorizadas a recibir esta información: _____

Información especifica que puede ser usada/divulgada: Archivos de facturación
 Mi archivo completo
 Otros: _____
Rango de fechas: _____

La información será usada/divulgada para el siguiente propósito (s): Razones legales
 Cuidado médico adicional
 Cuando yo lo pida

La persona/organización autorizada a usar/divulgar la información recibirá compensación por hacerlo: Yes
 No

Esta autorización expira en [luego de] _____
[Escriba la fecha aplicable o el evento]

Firma del Recipiente o Representante Personal

Fecha

Escriba el nombre del Recipiente o Representante Personal

Relación con el Recipiente o Autoridad Para Actuar en su Representación