

Ryan White Parte A
Consentimiento para la Divulgación de Información Confidencial



Nombre del cliente a los que afecta: _____

Fecha de Nacimiento: _____ URN: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a cualquiera de los agencias se enumeran a continuación que participan en la comunidad basada en el programa Ryan White Care Services en Las Vegas Tgtransitional subvención Área (TGA) para liberar y / o compartir información sobre mi elegibilidad, el estado de expediente médico , y la información referente a mi la prueba del VIH, el diagnóstico y tratamiento. Las siguientes entidades y programas autorizados son los siguientes:

- ❖ Access to Healthcare
- ❖ Aid for AIDS of Nevada (AFAN)
- ❖ Community Counseling Center
- ❖ Community Outreach Medical Center
- ❖ Clark County Social Services
- ❖ Golden Rainbow
- ❖ Mohave County Health Department
- ❖ Nye County Health & Human Services
- ❖ Southern Nevada Health District
- ❖ University Medical Center-Wellness Center

La información puede ser puesto en libertad entre los organismos antes mencionados a lo largo de la duración de mi inscripción activa en el programa de Ryan White Care Services. Puedo retirar este consentimiento, mediante notificación, por escrito, de Ryan White Parte A agencia donde se terminó mi elegibilidad. Entiendo que mis expedientes están protegidos por las regulaciones federales de HIPAA y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito salvo disposición en contrario en el reglamento. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito cualquier momento, excepto en la medida en que cualquier acción se ha tomado mientras aún está en vigor. Este consentimiento expira automáticamente un (1) año a partir del registro o el consentimiento firmado previamente.

Una copia de esta autorización constituye legalmente una copia original.

| | |
|---|-------|
| Firma del cliente a los que afecta | Fecha |
| Padre o Tutor / Relación con el Cliente | fecha |
| Testigo | fecha |

Entiendo que al firmar esta versión me permite _____ a buscar servicios y discutir temas
Nombre de los clientes afectados

concerningmy de servicios de información se refiere únicamente a ayudar a mi _____ la
atención. Nombre de

También entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

Me retiro de este consentimiento para la divulgación de la información.

| | |
|-------------------|-------|
| Firma del Cliente | Fecha |
| Relación | Fecha |