

Ryan White Part A Consentimiento para la Divulgación de Información Confidencial

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____ URN: _____

El abajo firmante autoriza cualquiera de la agencias que se enumeran a continuación que participan en el programa de Ryan White Care servicios comunitarios en la Las Vegas Tgansitional Grant área (TGA) para liberar y compartir información sobre mi elegibilidad, estado de registro médico e información sobre mi VIH detección, diagnóstico y tratamiento. Los siguientes organismos y programas autorizados son:

- ❖ 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
- ❖ Your Physician: _____

La información puede difundir entre los organismos enumerados arriba a lo largo de la duración de mi inscripción activa en el programa de servicios de atención de Ryan White. ¿Puedo retirar este consentimiento notificándolo por escrito, la Agencia de Ryan White parte a donde se terminó mi elegibilidad. Entiendo que mi registros están protegidos bajo las regulaciones federales de HIPPA y no pueden ser revelados sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en el Reglamento. Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito a cualquier momento, excepto en la medida en que ha tomado alguna medida mientras está todavía en vigor. Este consentimiento caduca automáticamente un (1) año de registro o firmado previamente consentimiento.

Una copia de esta autorización constituye jurídicamente una copia original.

Fecha de firma del cliente

Fecha

Padre o tutor / fecha en relación con el cliente

Fecha

Testigo fecha

Fecha