

# UNLV MEDICINE

## DIVULGACION DE HIPAA PARA AMIGOS, FAMILIARES Y CUIDADORES

Yo \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_, otorgo a UNLV Medicine y a su personal, autorización para divulgar mi información de salud protegida a los siguientes familiares, amigos y/o cuidadores.

Nombre: _____	Parentesco: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Parentesco: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Parentesco: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Parentesco: _____	Teléfono: _____

En el evento de que UNLV Medicine tuviera que dar resultados de pruebas o información médica, nos permitiría....  
(Sírvase marcar todas las opciones que correspondan)

- Dejar un mensaje de buzón detallado en este número, el número es \_\_\_\_\_
- Llamarlo a su teléfono móvil, el número es \_\_\_\_\_
- Llamarlo a su trabajo, el número es \_\_\_\_\_
- Hablar directamente con usted. **SOLAMENTE**

---

**Exención de responsabilidad:** Cierta información de salud sensible (tratamiento/pruebas) está específicamente protegida y no se divulgará fuera del entorno clínico sin su autorización específica. Esto incluye lo siguiente:

- Registros de salud mental/del comportamiento
- Tratamiento contra las drogas/alcohol
- Resultados de la prueba del VIH/tratamiento contra el SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Pruebas genéticas/resultados de pruebas

Por favor indique si da o niega a UNLV Medicine la habilidad de divulgarle esta información, de acuerdo con las opciones de comunicación anteriormente indicadas.

YO **PERMITO** que UNLV Medicine divulgue información de salud sensible como ya se indicó anteriormente de acuerdo con las opciones de comunicación seleccionadas en este formulario. \_\_\_\_\_

(Firma del Paciente)

YO **NO PERMITO** que UNLV Medicine divulgue información de salud sensible como anteriormente indicado. \_\_\_\_\_

(Firma del Paciente)

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si deseo revocar esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al departamento de Cumplimiento de UNLV Medicine.

Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha revelado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información divulgada durante el proceso de tratamientos, pagos o funciones de cuidado médico como indicado en el Aviso Sobre Prácticas de Privacidad.

Yo entiendo que autorizar la difusión de esta información de salud es voluntaria. UNLV Medicine y sus entidades no pondrán condición para tratamiento médico, pagos, inscripción o elegibilidad para obtener beneficios basado en que yo acepte o rechace dar esta autorización. Entiendo que cualquier difusión de información tiene el potencial de ser revelada sin autorización y la información puede no estar protegida por las Reglas de Confidencialidad Federales. Si tengo preguntas sobre la difusión de mi información de salud puedo consultar con mi Notificación sobre Prácticas de Privacidad que recibí en el consultorio de mi médico. A menos que se revoque, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:

**Al menos que yo indique una fecha, esta autorización vencerá un (1) año después de la firma indicada en este formulario.**

---

*Firma del Paciente (o Padre/Tutor)*

---

*Fecha*

---

*Firma del Empleado de UNLV Medicine*

---

*Fecha*

*R1004 – Revised (09/18)*