

**Ryan White Part A, B, C y D en Nevada y Las Vegas TGA  
Consentimiento Para Divulgar Información- Cliente Afectado**

Nombre del Cliente Afectado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ URN: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, por medio de la presente autorizo a cualquiera de las agencias indicadas en la lista a continuación, las cuales participan en el programa de Ryan White Care Servicios comunitarios en el área de Las Vegas Transitional Grant Area (TGA) y el estado de Nevada para divulgar y/o compartir información referente a mi elegibilidad, informes medicaos y estado, e información acerca de mi verificación del VIH, diagnóstico y tratamiento. Las siguientes agencias/programas autorizados son:

- ❖ Access Community Cultural Education Programs & Trainings (ACCEPT)
- ❖ AIDS Healthcare Foundation
- ❖ Access to Healthcare Network (AHN)
- ❖ Aid for AIDS of Nevada (AFAN)
- ❖ Care Coalition
- ❖ Catamaran RX-Pharmacy Benefits Manager
- ❖ Carson City Health and Human Services
- ❖ Community Counseling Center (CCC)
- ❖ Community Outreach Medical Center (COMC)
- ❖ Clark County Social Service
- ❖ Dignity Health
- ❖ FirstMed Health and Wellness Center
- ❖ Golden Rainbow
- ❖ Horizon Ridge Clinic LLC
- ❖ Las Vegas Urban League
- ❖ Nevada AIDS Research & Education Society (NARES)
- ❖ Nevada Legal Services
- ❖ Nevada Office of HIV/AIDS
- ❖ North County Healthcare
- ❖ Northern Nevada HOPES
- ❖ Nye County Health & Human Services
- ❖ Ridge House
- ❖ Southern Nevada Health District (SNHD)
- ❖ The Gay & Lesbian Center of Southern Nevada (The Center)
- ❖ University Medical Center-Wellness Center (UMC)
- ❖ University Nevada Las Vegas (UNLV) School of Community Health Sciences
- ❖ UNLV School of Dental Medicine
- ❖ Washoe County Health District
- ❖ Women's Development Center (WDC)
- ❖ Your Physician: \_\_\_\_\_

La información se podrá divulgar entre las agencias mencionadas arriba a lo largo de la duración de mi inscripción activa con el programa de Ryan White Care servicios. Yo puedo retirar este consentimiento mediante, notificación por escrito, a la agencia Ryan White en donde se completo mi elegibilidad.

Entiendo que mis archivos están protegidos bajo los reglamentos federales de HIPAA y no pueden ser revelados sin mi consentimiento por escrito a menos que se especifique lo contrario previstas en el Reglamento. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito de cualquier momento, excepto en la medida en que cualquier acción sea tomada mientras esté todavía en vigor. Este consentimiento caduca automáticamente un 1 año del registro o previamente firmado el consentimiento.

**Ryan White Part A, B, C y D en Nevada y Las Vegas TGA**  
**Consentimiento Para Divulgar Información- Cliente Afectado**

Una copia de esta autorización constituye legalmente una copia original.

Firma del Cliente Afectado (Para personas mayores de 18 años)	Fecha
Firma del Cliente	Fecha
Padre o Tutor/ Relación con el Cliente	Fecha
Testigo	Fecha

---

Yo entiendo que, al firmar esta autorización, yo permito que \_\_\_\_\_ busque  
Nombre del Cliente Afectado

servicios y converse solamente los asuntos acerca de mi información relacionada a los servicios, y ayude con mi  
- \_\_\_\_\_-cuidado. También entiendo que puedo retirar este consentimiento por escrito en  
Nombre del Cliente

cualquier momento.

---

Yo retiro este consentimiento para la divulgación de información.

Firma del Cliente	Fecha
Relación	Fecha