

Ryan White Part A, B, C y D en Nevada y Las Vegas TGA  
Consentimiento Para Compartir Información Confidencial

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

Una copia de esta autorización constituye legalmente una copia original.

\_\_\_\_\_

Firma del Cliente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Padre o Tutor/ Relación con el Cliente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Testigo

\_\_\_\_\_

Fecha