HEALTH PLAN OF NEVADA
A UnitedHealthcare Company

SIERRA HEALTH AND LIFE
A UnitedHealthcare Company

N.° de Registro Médico: _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA PARA DEJAR EL TABACO (TCP)

Nombre: _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Autoriza a:_____ TCP HEW _____
Programa para Dejar el Tabaco — Nombre del Proveedor

_____
Dirección — Ciudad — Estado — Código Postal

A divulgar: Registros del Programa para Dejar el Tabaco (incluidos Registros Financieros y Educativos)

Nombre del Centro, Proveedor o Persona — Número de Teléfono

_____
Dirección — Ciudad — Estado — Código Postal

El propósito de esta divulgación es:

- ☐ Ayudar con la evaluación y educación
- ☐ Comunicación verbal constante para la continuidad de la atención
- ☐ Derivación a Behavioral Healthcare Options (BHO)
- ☐ Otro (Especificar) _____ Receta _____

La información que se divulgará es:

- ☐ Historia Clínica
- ☐ Diagnóstico
- ☐ Pronóstico
- ☐ Plan/Cuestionario Médico
- ☐ Antecedentes Sociales
- ☐ Antecedentes de Uso de Sustancias
- ☐ Otro (Especificar) _____ Receta_____

No Divulgar Información Acerca de: _____

Entiendo que mis registros están protegidos en virtud de las Leyes de Confidencialidad del Estado y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 45 C.F.R., partes 160 y 164, y que no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, salvo que se estipule lo contrario en las normas. Además, entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se haya actuado en virtud de este consentimiento, y que en cualquier caso este consentimiento caduca automáticamente de la siguiente manera:

Esta divulgación caduca:

- ☐ Cuando se reciba la información
- ☐ Fecha _____
- ☐ A los 30 días de la finalización del tratamiento

También confirmo que se me ha explicado por completo la información que se divulgará y otorgo este consentimiento por mi propia voluntad.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____
(SI ES EL TUTOR O REPRESENTANTE PERSONAL, ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO)

Firma del testigo: _____