

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



**DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES**
DIVISION OF SOCIAL SERVICES
Helping people. It's who we are and what we do.



Robert H. Thompson
Administrator

☐ TANF

☐ MEDICAID

☐ SNAP



Fecha: _____

Nombre del Caso: _____

Número del Caso: _____

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

REF: _____ Número de Seguro Social: _____

Usted está autorizado por el abajo firmante de divulgar a u obtener de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social del Estado de Nevada la información incluyendo, pero no limitado a, la indicada a continuación. Esta autorización constituye una liberación total y completa de cualquier responsabilidad derivada de la divulgación de dicha información. Yo doy mi consentimiento para la divulgación de mi identidad y renuncio a mi derecho como una persona mayor de tener mi identidad confidencial. Esta autorización también permite la divulgación de información médica bajo la Ley de la Oficina de Abuso de Drogas y Tratamiento de 1972 (PL 92-255) y la Ley Comprensiva de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación para el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo de 1974 (PL 93-282). Una fotocopia de este formulario será tan válida como el original.

☐ Autorización para datos médicos incluyendo, pero no limitado a, antecedentes de internación y notas de progreso médico, resumen de alta, informe quirúrgico, los resultados de pruebas de laboratorio e informes de consultores.

☐ Autorización para

Esta autorización de divulgación será válida por un (1) año.

Firma

Nombre con letra de molde

Título/Parentesco

Fecha

Número de teléfono

Por favor devuelva este formulario a la dirección arriba indicada.

