



STEVE SISOLAK
Governor

STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS
Director

STEVE H. FISHER
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.

