



JOE LOMBARDO  
Governor

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

RICHARD WHITLEY, MS  
Director

ROBERT 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.

