



Programa de compensación a víctimas de delitos del estado de Nevada

Autorización del paciente a divulgar información médica

Presentar junto con la solicitud de pérdida de salario o reembolso de ingresos por una discapacidad relacionada con el delito.

Nombre de la víctima/solicitante:

Nº de reclamo de VOCP:

Información sobre el médico:

Nombre del médico que certificó que la víctima no podía trabajar:

Nº de teléfono:

Nº de fax:

Dirección postal del médico:

Ciudad, estado, código postal:

Declaración de discapacidad del paciente:

¿Por cuánto tiempo no pudo trabajar debido a sus lesiones relacionadas con el delito?

Desde: MM/DD/AA:

A: MM/DD/AA:

Si sigue discapacitado, ¿cuándo espera volver a trabajar?

He solicitado el reembolso de salario perdido o reembolso de ingresos al Programa de Víctimas de Delitos de Nevada (VOCP). Para poder ayudar al VOCP a determinar mi elegibilidad para recibir asistencia, *por la presente consiento y autorizo la divulgación* de cualquier y toda información, relacionada con informes médicos, historia clínica, pronóstico, planes de tratamiento, información de facturación y cualquier otra información relacionada con mi tratamiento médico, afección o discapacidad al VOCP.

Esta autorización médica vencerá automáticamente sin tener que revocarla explícitamente en el plazo de un año de la fecha indicada al pie. Esta divulgación cumple con todas las reglamentaciones de HIPAA.

La información proporcionada en la presente declaración es veraz y correcta a mi mejor saber y entender

Firma del solicitante:

Fecha:

Nº de teléfono

Dirección de correo electrónico:

Enviar por correo a: VOCP

500 E. Warm Springs Rd.
Las Vegas, NV 89119

Enviar por fax a:
(702) 486-2825

Escanear y enviar por correo electrónico
a: vocp@dcsf.nv.gov