Texas Health and Human Services Commission

Divulgación de información del caso

Form H1826-S
January 2012

SECCIÓN I

Nombre del caso: _____ Núm. del caso: _____

Al firmar esta autorización, usted le da a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) permiso para que divulgue todo o parte del expediente de su caso, el cual también puede contener información médica. No tiene que firmar esta autorización de divulgación para solicitar o recibir beneficios de la HHSC.

SECCIÓN II – El cliente debe llenar esta sección.

Yo autorizo a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) para que proporcione información del expediente de mi caso a la siguiente persona o departamento con el propósito anotado en la Parte A más adelante. La persona o el departamento indicado podrá tener acceso a esta información hasta la fecha de vencimiento que aparece en la Parte B.

Parte A, Divulgación de información. Entiendo que el expediente de mi caso puede contener información médica confidencial. Proporcionen mi información a la siguiente persona o departamento:

_____

Marque una de las siguientes declaraciones:

☐ Proporcionen todo el expediente de mi caso.

☐ Proporcionen sólo la siguiente información:

_____

_____

_____

Parte B, Propósito de la divulgación:

_____

_____

Esta autorización se vence el:

Parte C, Firma:

_____ _____

Firma del Cliente o del Representante Personal — Fecha

☐ Si usted va a firmar por el cliente, por favor, describa la autoridad que tiene para actuar en nombre del cliente en el siguiente renglón:

_____

Nota: si la persona que solicita la divulgación de información del caso no puede firmar, debe poner una marca (X) ante dos testigos, que deben firmar a continuación. Acepte sólo la firma de un testigo en circunstancias en las que no es posible obtener la firma de dos testigos. Documente la razón en el expediente del caso.

Testigo: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

SECCIÓN III

Aviso al cliente

- Una vez que usted autorice a la HHSC para que proporcione su información, la HHSC no se hace responsable de ninguna divulgación adicional de la información de parte del destinatario.
- Usted puede retirar el permiso que le haya dado a la HHSC para usar o divulgar información médica que lo identifique a usted, a menos que la HHSC ya haya actuado de acuerdo con su permiso. Tiene que retirar su permiso por escrito.

Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de saber qué información obtiene sobre usted la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) y de pedir dicha información. Si desea recibir y estudiar la información, tiene el derecho de solicitarla. También tiene el derecho de pedir que la HHSC corrija cualquier información incorrecta (Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.004). Para enterarse sobre la información y el derecho de pedir que la corrijan, favor de ponerse en contacto con la oficina local de determinación de elegibilidad.