TEXAS Health and Human Services

Autorización para divulgar información médica/ Determinación de discapacidad

Forma H3035-S
Diciembre de 2013-E

Código postal	Personal de la HHSC	Núm. de Fax	Fecha

Nombre del solicitante	Fecha de nacimiento	Núm. de Seguro Social	Núm. de solicitud/caso

Parte I. El solicitante mencionado antes o el representante autorizado del solicitante solicita beneficios de uno de los programas de asistencia estatal que aparecen en la Sección 161.202 del Código de Salubridad y Seguridad de Texas. Por lo tanto, los proveedores y centros de atención médica no pueden cobrarle una tarifa al solicitante ni al representante autorizado del solicitante por proporcionar expedientes médicos o de salud mental.

☐ Indique aquí si el solicitante es un veterano.

Parte II. Autorización para divulgar información médica

SECCIÓN I - La HHSC llena esta sección

Applicant's Name _____ DOB _____

This person is applying for disability benefits from HHSC. Disability eligibility is based on federal Social Security disability guidelines. This applicant alleges he or she is disabled due to the following medical/mental conditions:

SECCIÓN II. El solicitante o el representante autorizado del solicitante llena esta sección.

La HHSC ha pedido una verificación de sus necesidades médicas para determinar si puede recibir servicios. Al firmar esta autorización, le da permiso a la HHSC para comunicarse con sus doctores, centros médicos, otros proveedores de atención médica o con departamentos gubernamentales para pedirles copias de su información médica como se indica a continuación. Su firma es necesaria en esta autorización para determinar si puede recibir servicios.

Yo, _____ **,**
(Nombre del solicitante en letra de molde)

autorizo (marque todos los que apliquen) para que divulgue a la HHSC cualquier expediente médico relacionado con los padecimientos médicos o mentales mencionados anteriormente.

☐ **Administración de Seguro Social** ☐ **DARS**

☐ **Administración de Veteranos** ☐ **Otro** _____

☐ **Doctores, centros médicos u otros proveedores de atención médica. Anótelos todos:**

_____

_____

Esta autorización se vence el: _____

_____ _____
Firma del solicitante o representante autorizado Fecha

Si firma en nombre del solicitante, por favor, describa la autoridad con la que actúa en su nombre:

_____

NOTA: Si la persona que pide la divulgación de la información del caso no puede firmar su nombre, un testigo a su marca (X) tiene que firmar a continuación:

_____ _____
Testigo Fecha

SECCIÓN III. Aviso al solicitante

Como la entidad que recibe esta información, la HHSC protegerá su información médica personal de acuerdo con las regulaciones federales y estatales sobre privacidad. Si autoriza la divulgación de su información médica a terceros, tal vez ya no tenga la protección de las regulaciones sobre privacidad.
Puede retirar el permiso que le ha dado al doctor o al proveedor de atención médica para divulgar la información médica que lo identifica a usted, a menos que éste ya haya actuado con su permiso. Tiene que retirar su permiso por escrito.