



Autorización para el Uso y Divulgación de la Información de Inscripción o Solicitud de un Aplicante

Por favor lea todo el formulario antes de firmar, y complete todas las secciones que aplican a sus decisiones en relación con la divulgación de la información de la inscripción o solicitud del aplicante.

NOMBRE DE LA PERSONA y/o APLICANTE

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Otros nombres usados _____		
Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____		
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Teléfono (____) _____		Celular (____) _____

AUTORIZO A LA SIGUIENTE ENTIDAD LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD DE LA PERSONA MENCIONADA ANTERIORMENTE, INCLUYENDO LA INFORMACIÓN DE SU INSCRIPCIÓN Y/O SOLICITUD (“INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN”):

Central Health
1111 E. Cesar Chavez St. Austin, TX 78702
Teléfono (512) 978-8130 Facsímil (512) 776-0457

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN?

Nombre de la Persona/Organización _____

(Si es una organización, por favor proporcione el nombre de la organización; si es una persona individual, el primer nombre y apellido)

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Teléfono (____) _____ **Celular** (____) _____

RAZÓN PARA LA DIVULGACIÓN

La razón para divulgar esta información es para asistir a terceras personas que buscan ayudar a miembros de programas de cobertura actuales, pasados, o potenciales de Central Health en el proceso de su inscripción.

¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA? El estado de la solicitud de inscripción de una persona, incluyendo los documentos necesarios para completar el proceso de su inscripción; nombre del programa al que está inscrito, incluyendo la fecha de entrada en vigor y vencimiento de su cobertura; y la solicitud y/o recepción de su tarjeta de inscripción.

VIGENCIA. Esta autorización estará vigente por un período de 12 meses desde que se presente la solicitud, la solicitud se haya denegado (si aplicara), o se venciera la cobertura, lo que ocurriera de último. Esta autorización perderá su vigencia si la persona falleciera o decidiera retirar su autorización.

DERECHO A REVOCAR: Yo comprendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento dando notificación por escrito, estableciendo mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización que aparece bajo el apartado “¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN?”. Comprendo que cualquier acción realizada por las entidades autorizadas para tener acceso a la información de mi salud previo a esta revocación no se verá afectada.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: He leído este formulario y autorizo los usos y divulgaciones de la información como han sido anteriormente descritos. Comprendo que a las personas que se rehúsen a firmar esta autorización no se les puede rechazar para recibir tratamiento, y tampoco se verá afectado su pago, inscripción, o elegibilidad para recibir beneficios. Comprendo que el rechazo a firmar este formulario no afecta la divulgación de la información de la salud realizada antes de que fuera revocada su autorización, o que de cualquier otra manera esté permitida por la ley sin necesidad de autorización o consentimiento específico, incluyendo la divulgación a entidades cubiertas bajo el inciso 181.154(c) del Código de Salud y Seguridad de Texas y el inciso 164.502(a)(1) del Artículo 45 del Código Federal de Regulaciones. Comprendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por el receptor de dicha información, y podría no estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Firma de la persona individual o su representante legal

Nombre en letra de molde del representante legal (si aplicara): _____

Si fuera el representante, especifique su relación con la persona: Padre de un Tutor Guardian Otro