

MAP ID: \_\_\_\_\_

HOUSEHOLD ID: \_\_\_\_\_

# Autorización para el uso y divulgación de la información de inscripción o solicitud de un aplicante

Lea todo el formulario antes de firmar. 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 (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Dirección (Calle/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, opción 1 Fax: 512.776.0457

## ¿Quién puede recibir y usar la información de inscripción?

Nombre de la persona/organización: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle/Ciudad/Estado/Código postal): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Debe de completar el formulario en la parte de atrás. →**



**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.

**Información que 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

Firma de la persona o su representante legal:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_