

Authorization to Release Medical Information
Autorización para divulgar información médica

SECTION I/SECCIÓN I

Patient's Name/Nombre del paciente: _____

HHSC is requesting verification of your medical needs to determine your eligibility for services. When you sign this authorization, you are giving HHSC permission to contact your doctors, medical facilities or other health care providers to request copies of your health information as indicated below. Your signature is required on this authorization form to determine your eligibility for services.

La HHSC necesita verificación de sus necesidades médicas para determinar si usted llena los requisitos para recibir servicios. Cuando firme esta autorización, le dará permiso a la HHSC para comunicarse con su doctor, centros médicos u otros proveedores de atención médica para pedir copias de su información médica como se indica más adelante. Es necesario que firme esta autorización para que podamos determinar si llena los requisitos para recibir servicios.

I authorize/Yo autorizo a _____

Doctor, Medical Facilities or other Health Care Providers/
Doctor, centro médico u otro proveedor de atención médica

to complete Form H3038, Emergency Medical Services Certification.
para que llene la Forma H3038, Certificación de servicios médicos de emergencia.

This authorization expires on/Esta autorización se vence el: _____

SECTION II/SECCIÓN II

Client or Personal Representative's Signature/
Firma del Cliente o del Representante Personal

Date/
Fecha

If you are signing for the client, please describe your authority to act for the client:

Si usted va a firmar por el cliente, por favor, describa la autoridad que tiene para actuar en nombre de él:

Note: If the person requesting the release of case information cannot sign his/her name, two witnesses to his/her mark (X) must sign below:

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:

Witness/
Testigo

Date/
Fecha

Witness/
Testigo

Date/
Fecha

SECTION III/SECCIÓN III

Notice to Client

HHSC, as receiver of this information, will protect your personal health information in accordance with federal and state privacy regulations. If you authorize release of your health information to other parties it may no longer be protected by privacy regulations.

You can withdraw permission you have given your doctor or health care provider to use or disclose health information that identifies you, unless they have already taken action based on your permission. You must withdraw your permission in writing.

Aviso al cliente

La HHSC, como destinatario de esta información, protegerá su información médica personal conforme a las regulaciones estatales y federales del derecho a la vida privada. Si autoriza la divulgación de su información médica a terceros, es posible que ya no tenga la protección de las regulaciones del derecho a la vida privada.

Usted puede retirar el permiso que le haya dado a su doctor o al proveedor de atención médica para usar o divulgar información médica que lo identifique a usted, a menos que éste ya haya actuado de acuerdo con su permiso. Tiene que retirar su permiso por escrito.