

Case Information Release
Divulgación de información del caso

SECTION I/SECCIÓN I

DOB: _____

Case Name/Nombre del caso: _____ Case Number/Núm. del caso: _____

By signing this authorization form, you are giving the Texas Health and Human Services Commission (HHSC) permission to release all or part of your case record, which may also include health information. You do not have to sign this release in order to apply for or receive benefits from HHSC.

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.

SECTION II - To be completed by Client/SECCIÓN II - El cliente debe llenar esta sección.

I authorize HHSC to release my case record to the following person or agency for the purpose(s) stated in Part A below. My information will remain available to the person or agency indicated until the expiration date stated in Part B.

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.

Part A - Release of information: I understand that my case record may contain protected health information. Release my information to the following person/agency:

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:

North Texas Food Bank- 4500 S. Cockrell Hill Rd. Dallas, TX. 75236 Ph# 214-269-0901

Check one of the following:/Marque una de las siguientes declaraciones:

- [X] Release all of my case record./Proporcionen todo el expediente de mi caso.
[] Release only the following information:/Proporcionen sólo la siguiente información:

Blank lines for providing specific information for the selected option.

Part B - Purpose(s) of Release:/Parte B, Propósito de la divulgación:

Request of the individual/ Pedido de cliente

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

Part C - Signature:/Parte C, Firma:

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 on the following line:
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:

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. Accept one witness signature in circumstances where it is not possible to obtain two witness signatures. Document the reason in the case record.

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.

Witness/Testigo: _____ Date/Fecha: _____

Witness/Testigo: _____ Date/Fecha: _____

SECTION III/SECCIÓN III

Notice to Client/Aviso al cliente

- **Once you authorize HHSC to release your information, HHSC is not responsible for any redisclosure of the information by the recipient.**
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.
- **You can withdraw permission you have given HHSC to use or disclose health information that identifies you, unless HHSC has already taken action based on your permission. You must withdraw your permission in writing.**
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.

With a few exceptions, you have the right to request and be informed about the information that the Texas Health and Human Services Commission (HHSC) obtains about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask HHSC to correct information that is determined to be incorrect. (Government Code, Sections 552.021, 552.023, 559.004.) If you would like HHSC to correct information about you that is incorrect, please contact your local eligibility determination office.

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.