



ESTADO DE OKLAHOMA  
Oklahoma Health Care Authority  
4345 N. Lincoln Blvd.,  
Oklahoma City, OK 73105  
(405) 522-7300

## Autorización para revelar registros de Medicaid

Nombre del cliente:	<input type="text"/>	No. de identificación del cliente:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>		

**1. Autorizo a la OHCA para revelar la información de Medicaid del individuo arriba mencionado, según lo descrito abajo.**

**2. Comprendo que la información de mi registro de Medicaid puede incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También pueden incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento de abuso de drogas o alcohol.**

**3. Esta información se le puede revelar a:** Nombre:

Dirección:

Teléfono:  FAX:

**4. Con el fin de:**

**5. Comprendo que puedo modificar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que esta autorización se deberá modificar por escrito ante la OHCA. Comprendo que ya puede haberse divulgado información basada en esta autorización. A menos que se modifique, esta autorización tendrá vigencia hasta la siguiente fecha:**

**Si no escribo una fecha, la autorización tendrá vigencia de seis meses.**

**6. Comprendo que la firma de esta autorización de divulgación de información es voluntaria y que el negarme a firmar no afectará la recepción de mis servicios de Medicaid. Podré inspeccionar u obtener copia de la información que será revelada.**

Bajo penade ley, declaro que soy, de hecho, el suscrito o su representante legal. Firma del paciente o del representante legal (El representante legal debe anotar su parentesco con el paciente):

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

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha:

