

Authorization to Release Medical Information / Autorización para divulgar información médica

SECTION I Name of Patient _____

The Health and Human Services Commission (HHSC) is requesting completion of a medical report to determine your eligibility for services. When you sign this authorization, you are giving HHSC permission to contact your doctors and medical facilities to request copies of your health information as indicated below. Your signature is required on this authorization form to determine your eligibility for services.

I authorize (Write the name of the doctor, medical facilities, or other health care providers.)

Timothy Bradbury DDS

to complete Form H1263-B, Certification of No Medical Contraindication — Dental, and release to the Health and Human Services Commission.

For the authorization to obtain your medical information, please indicate an expiration date or indicate open-ended if you prefer no date of expiration.

This authorization expires: Date: _____ Open-ended

SECCIÓN I Nombre del paciente _____

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) ha pedido un informe médico completo para determinar si usted llena los requisitos para recibir servicios. Al firmar esta autorización, usted le da permiso a la HHSC para comunicarse con su doctor y los centros médicos para pedirles copias de su información médica como se indica a continuación. Su firma es necesaria en esta autorización para determinar si llena los requisitos para recibir servicios.

Yo autorizo a (Escriba el nombre del doctor, centro médico u otro proveedor de atención médica.)

para que llene la Forma H1263-B, Certificación de que no hay contraindicación médica — Dental, y la entregue a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Para la autorización para obtener su información médica, por favor, indique la fecha de vencimiento o marque "Abierta" si prefiere no tener una fecha de vencimiento.

Esta autorización se vence el: Fecha: _____ Abierta

SECTION II

Signature—Client or Personal Representative _____

Date _____

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

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

Witness _____

Date _____

Witness _____

Date _____

SECCIÓN II

Firma del cliente o del representante personal _____

Fecha _____

Si usted firma por el cliente, favor de describir la autoridad con la que actúa en nombre del cliente:

NOTA: si la persona que pide la divulgación de la información del caso no puede firmar su nombre, debe poner una marca (X) ante dos testigos, que deben firmar a continuación:

Testigo _____

Fecha _____

Testigo _____

Fecha _____