



STATE OF OKLAHOMA
Oklahoma Health Care Authority
4545 N. Lincoln Blvd., Suite 124
Oklahoma City, OK 73105 (405) 522-7300

Autorización para revelar el expediente médico

Nombre del cliente: _____ # de ident: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Autorizo a la OHCA a revelar la información de Medicaid del individuo cuyo nombre aparece arriba como se describe abajo.

2. Entiendo que la información en mi récord de Medicaid puede incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humana (HIV). También puede incluir información sobre servicios médicos de comportamiento o problemas mentales, y tratamiento contra el abuso de alcohol y drogas.

3. Esta información puede ser revelada a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Tel: _____ FAX: _____

4. Para propósitos de:

5. Entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento y que si deseo cambiarla debo hacerlo por escrito a la OHCA. Entiendo que la información podría ya haber sido revelada en base a esta autorización. A menos que se cambie, esta autorización expirará en la fecha: _____. Si no escribo una fecha, esta autorización expirará en seis meses.

6. Entiendo que mi firma en esta autorización es voluntaria, y el que no la firme no afecta que yo siga recibiendo servicios de Medicaid. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que puede ser revelada.

Bajo pena de ley, represento que soy, realmente, el que firma, o su representante legal.

Firma del paciente o representante legal (El representante legal debe mostrar su relación con el paciente):

X _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del testigo

X _____ Fecha: _____