



Department of State Health Services Form to Release CSHCN Services Program Claims History

Name: _____ Date of Birth: _____ Client ID #: _____

When I sign this form, I agree to let the CSHCN Services Program (the Program) at the Texas Department of State Health Services (DSHS) release my claims history. I also accept that my claims history may include health information that is protected.

Part A—What can be released:

I allow the Program to release my claims history in this way: (Check only one option.)

- The Program can release *all* of my claims history.
- The Program can only release the claims history that relates to this provider: _____
- The Program can only release the claims history that deals with:

Release the items checked above to: _____
This release lasts until: Month: _____ Day: _____ Year: _____

Part B—Purpose(s) of this release: _____

Part C—Signature or Mark: _____ Date: _____

If you are signing for the person who is releasing the items checked above, please describe your authority to do so:

If you used your mark (X), a witness must sign here:

Witness: _____ Date: _____

Notices

- The Program is not responsible for what other people or groups do with the claims history you ask the Program to release to them.
- You can change your mind. If you do not want the Program to release your claims history anymore, write us and tell us to stop. The address is at the bottom of this page.
- Your Right to Privacy—Except in some cases, you have the right to ask for and know the information the state of Texas has about you. You can ask for it at any time. You can get it and make sure it is right. You have the right to ask the state agency to correct anything that is wrong. If you would like DSHS to correct something that is wrong, please contact:

CSHCN Services Program
Purchased Health Services Unit, MC-1938
Texas Department of State Health Services
PO Box 149347
Austin, TX 78714-9347



Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas Formulario para dar a conocer el historial de reclamaciones de clientes del Programa CSHCN

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Núm. de Identificación del Cliente _____

Al firmar este formulario, acepto que el Programa de Servicios CSHCN (el Programa) del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) dé a conocer mi historial de reclamaciones. Asimismo, acepto el hecho de que mi historial de reclamaciones podría incluir información de salud que esté protegida.

Parte A—Lo que se puede dar a conocer:

Permito que el Programa dé a conocer mi historial de reclamaciones de la siguiente manera: (Indique solo una opción)

- El Programa puede dar a conocer *todo* mi historial de reclamaciones.
- El Programa solo puede dar a conocer el historial de reclamaciones referente a este proveedor: _____
- El Programa solo puede dar a conocer el historial de reclamaciones que trata de:

Dé a conocer la opción indicada arriba a: _____

Este permiso se extiende hasta el: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Parte B—Propósito(s) de este permiso: _____

Parte C—Firme o ponga su marca: _____ Fecha: _____

Si usted está firmando por la persona que permite la opción indicada arriba, por favor describa la autoridad que tiene para hacerlo:

Si pone su marca (X), un testigo debe firmar aquí:

Testigo: _____ Fecha: _____

Avisos:

- El Programa no es responsable de lo que otras personas o grupos hagan con el historial de reclamaciones que usted pide que el Programa dé a conocer a esas entidades.
- Usted puede cambiar de opinión. Si ya no desea que el Programa siga dando a conocer su historial de reclamaciones, escríbanos y pida que dejemos de hacerlo. La dirección está al final de esta página.
- Su derecho a la privacidad—Salvo en algunos casos, usted tiene el derecho a pedir y conocer la información que el Estado de Texas tiene con respecto a usted. Usted puede pedirla en cualquier momento. Puede obtenerla y asegurar que es correcta. Tiene el derecho a pedir que el organismo estatal corrija todo lo que sea incorrecto. Si quiere que DSHS corrija algo que sea incorrecto, comuníquese con:

CSHCN Services Program
Purchased Health Services Unit, MC-1938
Texas Department of State Health Services
PO Box 149347
Austin, TX 78714-9347