



OKLAHOMA
Health Care Authority

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
HCA-20 FORM

Nombre del Miembro de SoonerCare:		Fecha de Nacimiento:	
ID de SoonerCare#:		Nº de Seguro Social:	
1.	<i>Autorizo a OHCA a divulgar la información de Medicaid de la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación.</i>		

2.	<i>Entiendo que la información de mi expediente de Medicaid puede incluir información relativa a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental, y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.</i>
-----------	---

3.	Esta información podrá divulgarse a la siguiente persona: (Una sola persona.)		
Nombre:			
Dirección o PO Box:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono:		Fax:	

4.	Con el propósito de:

5.	<i>Comprendo que puedo modificar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que esta autorización se deberá modificar por escrito ante OHCA. Comprendo que es posible que ya se haya divulgado información basada en esta autorización. A menos que se modifique, esta autorización tendrá vigencia hasta la siguiente fecha: _____. Si no pongo una fecha, esta autorización expirará en seis meses.</i>
-----------	--

6.	<i>Comprendo que la firma de esta autorización de divulgación de información es voluntaria y negarme a firmar no afectará la prestación de mis servicios de Medicaid. Podré inspeccionar u obtener copia de la información que se divulgará. Bajo pena de ley, declaro que soy, efectivamente, el abajo firmante, o su representante legal.</i>
-----------	---

Firma del paciente o de su representante legal (el representante legal debe demostrar su relación con el paciente):			
Firma	Fecha		
Nombre Impreso:	Relación con el paciente:		

Firma del Testigo	
Firma	Fecha

Por favor, permita al menos 15 días para el procesamiento.

OHCA Revisado el 9/21/2023



ADDRESS
4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES
oklahoma.gov/OHCA
mysoonerCare.org



PHONE
Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767