



# TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE

## Compliance Division - Consumer Protection (111-1A)

333 Guadalupe, Austin, Texas 78701 \* PO Box 149091, Austin, Texas 78714-9091  
(800) 252-3439 | F: (512) 490-1007 | TDI.texas.gov | @TexasTDI

Fecha \_\_\_\_\_

### Aprobación para compartir su información de salud y otros datos privados

#### Autorización para divulgar la información

Para poder ayudarlo, es posible que tengamos que compartir la información que usted nos proporcionó en su queja con la persona u organización que se describe en su queja. Alguna de la información que necesitamos compartir podría ser: (1) información sobre su salud, y (2) datos que lo identifican a usted, por ejemplo, su dirección y fecha de nacimiento. Por ley, necesitamos su aprobación para poder compartir esta información.

#### ► ¿Quién tiene la queja?

Nombre de la persona que desea presentar la queja \_\_\_\_\_

Otros nombres usados por la persona que tiene la queja \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Otro número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

#### ► ¿Quién puede recibir y usar su información?

Al firmar este formulario, usted autoriza al Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance –TDI, por su nombre y siglas en inglés) para que comparta su información con: (1) agencias gubernamentales estatales y federales, (2) agencias reguladoras internacionales, (3) autoridades judiciales, y (4) la persona u organización que se describe en su queja:

Nombre de la persona u organización por la que usted desea presentar la queja \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

#### ► ¿Qué información puede ser revelada?

Al firmar este formulario, usted autoriza a TDI para que comparta su información de salud, y otros datos privados.

Para permitirnos compartir la siguiente información, usted debe firmar o escribir a máquina su nombre junto a cada artículo:

\_\_\_\_\_ Expedientes de salud mental (excluyendo las notas de psicoterapia)

\_\_\_\_\_ Información genética (incluyendo los resultados de exámenes genéticos)

\_\_\_\_\_ Expedientes sobre el abuso de sustancias, drogas, o alcohol

\_\_\_\_\_ Resultados de exámenes/tratamientos de VIH/SIDA

\_\_\_\_\_ Registros de vehículos motorizados

## ► ¿Cuándo terminará esta aprobación?

Esta aprobación terminará si:

- La persona que tiene la queja cumple 18 años de edad (la queja fue presentada para una persona de 17 años o menos).
- La persona que tiene la queja nos informa que ya no desea presentar la queja.
- La persona que tiene la queja fallece. o
- Usted ingresa aquí la fecha en la que terminará este acuerdo (esto es opcional): \_\_\_\_\_  
Mes (MM)/Día (DD)/Año (AAAA)

## ► ¿Cuáles son sus derechos?

**Usted tiene derecho a ver y obtener la información que tenemos sobre usted:** Si desea obtener la información que tenemos sobre usted, debe pedirnoslo por escrito. Es posible que usted necesite pagar para obtener una copia de esta información. Usted puede enviar su carta o correo electrónico mediante una de estas formas:

**Correo electrónico:** OpenRecords@tdi.texas.gov  
**Fax:** 512-490-1021

**Correo postal:** Public Information Coordinator,  
Texas Department of Insurance

**En persona:** 333 Guadalupe, Austin, Texas 78701

PO Box 149104 (mail code 110-1C), Austin, Texas 78714-9104

**Usted tiene derecho a pedir que corrijamos la información que tenemos sobre usted que esté incorrecta:** Si desea solicitar que corrijamos información que tenemos sobre usted que está incorrecta, debe pedirnoslo por escrito. La carta o correo electrónico debe contener: (1) su nombre y dirección postal, (2) su número de teléfono, (3) detalles sobre la información que debe ser corregida, y (4) la razón o la prueba que muestra por qué la información está incorrecta. Usted puede enviar su carta o correo electrónico mediante una de estas formas:

**Correo electrónico:** RecordCorrections@tdi.texas.gov  
**Fax:** 512-490-1025

**Correo postal:** Record Correction Request,  
Texas Department of Insurance

**En persona:** 333 Guadalupe, Austin, Texas 78701

PO Box 149104 (mail code 113-1C), Austin, Texas 78714-9104

**Usted tiene derecho a cancelar o cambiar esta aprobación:** Si desea cancelar esta aprobación o cambiar quién puede obtener su información de salud y otros datos privados, debe pedirnoslo por escrito. Usted puede enviar un correo electrónico a ConsumerProtection@tdi.texas.gov o enviar una carta a la dirección o número de fax que se muestra en la parte de arriba de este formulario. Por favor tenga en cuenta que cualquier acción tomada y la información que es compartida antes de recibir su carta o correo electrónico están cubiertas por este acuerdo firmado.

## ► Firme en la parte de abajo para mostrar que está de acuerdo:

- Estoy de acuerdo en permitir que TDI comparta mi información de salud y otros datos privados tal como se muestra en este formulario.
- Sé que TDI podría compartir mi información con organizaciones que están cubiertas en la sección 181.154(c) del Código de Salud y Seguridad de Texas.
- Sé que TDI no es responsable de la información de salud o datos privados que son compartidos por las personas u otras organizaciones que se muestran en este formulario.

---

Persona que tiene la queja o su representante autorizado

Fecha

(Por favor siga escribiendo su nombre en la línea de la firma si está llenando esta forma electrónicamente.)

Si un representante autorizado firma este formulario:

1. Escriba su nombre: \_\_\_\_\_
2. Díganos cómo está relacionado(a) con la persona que tiene la queja:  
Padre      Tutor      Otro (por favor describa): \_\_\_\_\_

Si la queja es hecha en nombre de una persona que tiene 17 años o menos, esa persona debe firmar aquí para permitirnos compartir información sobre: (1) control de la natalidad / cuidados para la salud reproductiva; (2) enfermedades de transmisión sexual; (3) abuso de drogas, alcohol o sustancias; y (4) tratamiento de salud mental.

---

Persona que tiene 17 años o menos

Fecha