

**AUTHORIZATION TO FURNISH INFORMATION**  
**AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN**

I, \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_  
Yo, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
**(Name of Applicant or Recipient)** **(Name of Spouse)**  
**(Nombre del Solicitante o Cliente)** **(Nombre del Cónyuge)**

**living at**  
con residencia en \_\_\_\_\_  
**(Address/Dirección)**

**do hereby authorize persons, organizations, or establishments having information or records concerning me/us (or) my/our circumstances, to furnish such information to a representative of the Texas Health and Human Services Commission.**

con ésta autorizo a las personas, las organizaciones o los establecimientos que tengan información o documentos sobre mí o sobre mis circunstancias, para que den tal información al representante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

**Exception: This authorization does not grant permission for my doctor or other health care provider to release my personal health information from my records.**

Excepción: esta autorización no les da permiso a mi doctor ni a otros proveedores de atención médica para divulgar mi información médica personal del expediente.

**I hereby grant permission for the Texas Health and Human Services Commission to obtain information which may have a bearing on my/our eligibility for assistance.**

Con ésta doy permiso a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para que obtenga la información que pueda necesitar para determinar si tengo derecho a asistencia.

\_\_\_\_\_  
**Signature – Applicant or Recipient**  
Firma – Solicitante o Cliente

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Signature – Spouse/Firma – Cónyuge**

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Signature – Guardian, Power of Attorney,  
Parent of Minor Child**  
Firma – Tutor, Agente, Padre del menor

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**