

Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud  
(Health Insurance Premium Payment, HIPP)  
**DECLARACIÓN DE INFORME  
MÉDICO DE DIAGNÓSTICO**

**DÍGANOS SOBRE SU(S) TRASTORNO(S) MÉDICO(S) (requerido)**

Complete todos los ítems. Los formularios incompletos se devolverán y, por lo tanto, la obtención de beneficios HIPP demorará más tiempo. Adjunte un formulario de Declaración de Informe Médico separado para cada miembro de su familia que figure en su póliza de seguro médico y que tenga un trastorno médico.

El/la solicitante/beneficiario(a) o el padre/tutor que actúe en nombre del/de la beneficiario(a) del Programa HIPP debe completar la información requerida en las PARTES A y B antes de entregar el formulario al médico para que complete las PARTES C y D.

**PARTE A: Información sobre el/la solicitante/beneficiario(a)**

NOMBRE ( <i>apellido, primer nombre, segundo nombre</i> ):	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CASO HIPP:
DIRECCIÓN ( <i>calle y número, ciudad, estado, código postal</i> ):	
TELÉFONO DURANTE EL DÍA: (        )	FECHA DE NACIMIENTO:

**PARTE B: Autorización**

Por la presente autorizo al médico que me atiende, \_\_\_\_\_, a que entregue y revele todos los datos que tenga sobre mi trastorno médico y a que permita inspección, y proporcione copias, de todos los datos médicos relativos a mi trastorno médico que tenga en su control, con la excepción de los apuntes de psicoterapia. Esta autorización no autoriza la entrega de apuntes de psicoterapia. Esta información se usará para determinar si soy elegible para el programa HIPP. Esta autorización será válida hasta que ocurra el segundo de los siguientes: un (1) año a partir de la fecha en que la firme o hasta que deje de ser elegible para el programa HIPP. Acuerdo que una fotocopia de esta autorización será tan válida como un original. Entiendo que si no firmo esta autorización o que si la revoco o modifico, es posible que el HIPP no pueda determinar mi elegibilidad para el programa y que mi solicitud sea rechazada o que mi elegibilidad sea finalizada. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, excepto si el Departamento de Servicios de Atención de la Salud o el programa HIPP ya tomaron una medida basándose en esta autorización o si la autorización es una condición para obtener cobertura de seguro y la compañía de seguros tiene derecho a disputar la póliza o un reclamo de conformidad con la póliza.

Entiendo además que el programa HIPP mantendrá confidencial toda la información que se proporcione de conformidad con esta autorización y que la información se usará únicamente para determinar mi elegibilidad para el programa HIPP.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE/BENEFICIARIO(A) DEL HIPP O DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA EN QUE SE FIRMÓ

\_\_\_\_\_  
ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL/DE LA SOLICITANTE/  
BENEFICIARIO(A) DE HIPP O DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE/  
BENEFICIARIO(A)

Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud  
(Health Insurance Premium Payment, HIPP)  
**DECLARACIÓN DE INFORME  
MÉDICO DE DIAGNÓSTICO**

**EL MÉDICO A CARGO DEBE COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN LAS PARTES C Y D**  
**Todas las respuestas deben ser legibles.**

***Por favor NO envíe en este momento información copiada directamente  
de los datos médicos del paciente.***

**PARTE C: Declaración de informe médico de diagnóstico**

INFORME MÉDICO DE DIAGNÓSTICO	
Diagnóstico <i>(requerido)</i> :	
Código ICD, Primario <i>(requerido)</i> :	Código(s) ICD adicional(es):

**SÍRVASE NOTAR:**

- Para el retraso mental, indique si es leve  moderado a profundo.
- Para la diabetes, indique si es o no insulino dependiente.
- Para las intervenciones quirúrgicas, indique la fecha de cada intervención.

**PARTE D: Certificación del trastorno médico**

Certifico que, basándome en mi examen del/la paciente, los enunciados que anteceden describen el estado médico del/de la paciente y que soy un/una _____, _____ <i>(tipo de médico)</i> <i>(especialización, si corresponde)</i> autorizado(a) a ejercer por el estado de _____.	
FIRMA DEL MÉDICO:	FECHA:
NOMBRE DEL MÉDICO <i>(como figura en la licencia, en letra de molde)</i> :	NÚMERO DE LICENCIA DEL ESTADO:
NÚMERO DE TELÉFONO: (    )	NÚMERO DE FAX: (    )
DIRECCIÓN <i>(calle y número, ciudad, estado, código postal)</i> :	

De conformidad con las disposiciones de la Sección 14100.2 del Código de Bienestar e Instituciones de California, toda la información que se reúne se considera confidencial y sólo se revela en la medida en que es necesario hacerlo para los fines de la administración del programa Medi-Cal. De conformidad con las disposiciones de la Ley Federal de Privacidad, esta autorización se puede revocar. La información revelada puede estar sujeta a nueva revelación del DHCS y a dejar de estar protegida por la Ley Federal de Privacidad. Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la fecha en que se firma.