



TEXAS HEALTH AND HUMAN SERVICES COMMISSION

THOMAS M. SUEHS
EXECUTIVE COMMISSIONER

Forma de consentimiento del Programa de Pago de Seguro Médico Privado (HIPP)

Si desea que otra persona nos hable sobre el caso de su familia a nombre suyo, puede:

1. Llenar la "Forma de consentimiento de HIPP" a continuación. El miembro de su familia que tiene el seguro debe llenar la forma
2. Firmar y enviarnos la forma.

Si algo cambia, avísenos en seguida.

Forma de consentimiento de HIPP

(Escriba en letra de molde)

1. Díganos acerca de su caso:

Nombre _____ Número de caso de HIPP: _____

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2. Díganos con quién podemos hablar sobre el caso de su familia: _____

3. El miembro de su familia que tiene el seguro debe firmar esta forma y escribir la fecha. Al firmar, está de acuerdo con que HIPP puede hablar sobre el caso de su familia con la persona que nombró arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

**Envíe esta forma por Fax al 1-866-409-1188 (llamada gratis)
O envíelas por correo a la dirección escrita debajo.**

Línea de ayuda de HIPP: 1-800-440-0493 – de lunes a viernes de, 7 a.m. a 7 p.m., hora del centro.

Para personas con problemas de habla o de audición, llame al 7-1-1 por Relay Texas.

Número de fax (llamada gratis): 1-866-409-1188 Sitio web: www.GetHippTexas.org