

Consentimiento para divulgar información**Instrucciones de uso de este formulario**

Llene este formulario solo si usted quiere divulgar a algún tercero o grupo (por ejemplo, a una empresa aseguradora o médico) información o expedientes referentes a su propia persona, un menor de edad o una persona quien ha sido declarada legalmente incompetente. Si usted es el padre biológico o adoptivo o guardián legal quien representa a un menor de edad, entonces puede llenar este formulario para divulgar solo aquellos expedientes del menor de edad que no son los expedientes médicos. Nos reservamos el derecho de cobrar un honorario por proporcionar la información solicitada, si esta solicitud de divulgación no está relacionada con ninguno de los programas que estipula la Ley del Seguro Social.

NOTA ACLARATORIA: No llene este formulario para:

- Solicitar, a nombre de un menor de edad, que se divulguen los expedientes médicos. En ese caso, visite su oficina local del Seguro Social o llame a nuestro número gratis, 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) ni para
- Solicitar información detallada de sus registros de salarios o de su historial de empleo. En ese caso, por favor llene y envíe por correo general el formulario SSA-7050-F4 (solo disponible en inglés). Puede obtener este formulario, SSA-7050-F4, en su oficina local del Seguro Social o por Internet en www.ssa.gov/forms/ssa-7050.pdf.

Cómo llenar este formulario

No concederemos su petición a menos que llene todos los blancos requeridos. Indicamos los blancos requeridos con un asterisco (*). Tampoco concederemos una petición solicitando que se divulguen «cualquier y todos los expedientes» ni tampoco peticiones de que se divulgue «el expediente en su totalidad». Su solicitud tiene que declarar específicamente qué información está solicitando y también tiene que firmar y fechar el formulario. Nos reservamos el derecho de cobrar un honorario por proporcionar la información si esta solicitud de divulgación no está relacionada con ninguno de los programas que estipula la Ley del Seguro Social.

- Escriba su nombre completo, fecha de nacimiento y número de Seguro Social, junto con el nombre completo fecha de nacimiento y número de Seguro Social de la persona a nombre de quién usted está solicitando la información.
- Escriba el nombre y dirección del tercero u organización a quién usted quiere que le enviemos la información solicitada.
- Escriba la razón específica por qué quiere que divulguemos la información.
- Haga una marca (X) en el encasillado que aplique al tipo (o a los tipos) de información que quiere que divulguemos, incluso de qué fecha a qué fecha está solicitando la información, si procede.
- Usted, el padre o guardián legal quien está representando a un menor de edad o una persona quien ha sido declarada legalmente incompetente, tiene que firmar y fechar este formulario y proporcionar un número de teléfono diurno al cual nos podamos comunicar.
- Si la información que solicita nos es su propia información, favor de declarar su afinidad o relación legal con la persona para quién solicita que se divulgue la información. Nos reservamos el derecho de solicitar prueba de afinidad o relación legal.

Declaración de la Ley de Confidencialidad

Las sección 205(a) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. Usaremos esta información para responder a su solicitud para acceso a nuestros expedientes referentes a usted o para procesar su solicitud de divulgación de sus expedientes a un tercero. No tiene que proporcionar la información solicitada. El proporcionarnos esta información es un asunto totalmente voluntario; no obstante, no podemos honrar su solicitud de divulgación de los expedientes u otra información referente a usted ni a ninguna otra persona u organización sin su consentimiento por escrito. Muy infrecuentemente usamos la información que nos proporciona para ningún otro propósito que no sea el de responder a las solicitudes de divulgación de información que se encuentra en los expedientes del Seguro Social. No obstante, La Ley de Confidencialidad (5 U.S.C. §552a(b)) nos autoriza a divulgar la información que usted nos proporcione en este formulario cumplimiento con los usos rutinarios que incluyen, pero no se limitan, a lo siguiente:

1. Para permitir que un tercero o una agencia ayuden al Seguro Social a establecer el derecho o cobertura a los beneficios de Seguro Social;
2. Para tomar decisiones para establecer el derecho a programas similares de mantenimiento de salud e ingresos a nivel federal, estatal y municipal
3. Para cumplir con los requisitos de las leyes federales que requieren la divulgación de información de los registros de Seguro Social; y
4. Para facilitar investigaciones estadísticas, auditorias o actividades investigativas necesarias para asegurar la integridad y mejoría de los programas del Seguro Social.

También es posible que usemos la información que nos proporcione en programas de cotejo de registros por computadora. Estos programas comparan nuestros registros con los registros que mantienen otras agencias federales, estatales o municipales. La información de estos programas se puede usar para establecer o verificar el derecho de una persona a participar en los programas de beneficios financiados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos o deudas delincuentes bajo estos programas. Tenemos información adicional sobre este formulario, los usos rutinarios de la información y sobre otros programas de Seguro Social, están disponibles por Internet en www.segurosocial.gov o en su oficina local del Seguro Social.

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites

Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites de 1995. No es requisito que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará alrededor de 3 minutos para leer las instrucciones, recopilar la información y contestar las preguntas. **Una vez llene este formulario, envíelo por correo general o preséntelo personalmente a su oficina local del Seguro Social. Para localizar su oficina local del Seguro Social, visite nuestro sitio de Internet, www.segurosocial.gov. Nuestras oficinas también se encuentran en su guía telefónica o puede llamar al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** Si quiere enviar algún comentario sobre nuestro cálculo de tiempo antes mencionado, favor de enviarlo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. ***Envíe solo sus comentarios relacionados a nuestro cálculo de tiempo que le tomará en llenar la solicitud, favor de no enviar el formulario a esta dirección.***

Consentimiento para divulgar información

Tiene que llenar todos los blancos requeridos. No podemos honrar su solicitud de divulgación de los expedientes, a menos que haya llenado todos los blancos requeridos. (Indicamos los blancos requeridos con un asterisco (*).)

Atención: Administración del Seguro Social

***Mi nombre completo**

***Mi fecha de nacimiento
(Mes/día/año completo)**

***Mi número de Seguro Social**

Yo doy autorización a la Administración del Seguro Social para que divulgue la información o expedientes relacionados con mi persona a:

***NOMBRE DE LA PERSONA O DE LA ORGANIZACIÓN:**

***DIRECCIÓN DE LA PERSONA O DE LA ORGANIZACIÓN:**

***Yo quiero que esta información sea divulgada porque:** _____

Nos reservamos el derecho de cobrar un honorario por proporcionar la información solicitada, si esta solicitud de divulgación no está relacionada con ninguno de los programas que estipula la Ley del Seguro Social.

***Por favor, divulguen la información solicitada de acuerdo a mis selecciones a seguir:**

Tiene que especificar qué información quiere que se divulgue, haciendo una marca en por lo menos un encasillado. Tampoco concederemos una petición solicitando que se divulguen «cualquier y todos los expedientes» ni tampoco peticiones de que se divulgue «el expediente en su totalidad». Ni tampoco concederemos una petición de divulgación de expedientes, a menos que usted especifique de qué fecha a qué fecha está solicitando la información, si procede.

1. Número de Seguro Social
2. La cantidad mensual actual de los beneficios de Seguro Social
3. La cantidad mensual actual de los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
4. Las cantidades mensuales de mis beneficios entre las fechas de _____ hasta _____
5. Mis fechas de cobertura de Medicare entre las fechas de _____ hasta _____
6. Mis expedientes médicos de mis reclamaciones entre las fechas de _____ hasta _____
Si está solicitando que se divulguen los registros médicos de un menor de edad, no use este formulario. Si este es el caso, comuníquese con su oficina local del Seguro Social
7. Todos mis expedientes médicos de mis reclamaciones
8. Otros expedientes de mis reclamaciones (**declare específicamente qué información en sus expedientes está solicitando que se divulgue, ej., informe médico, solicitud, decisión o cuestionario**)

Yo soy la persona, acerca de quién corresponde la información o expedientes que se solicitan, o el padre o guardián legal de un menor de edad o el guardián legal de una persona quien ha sido declarada legalmente incompetente. Yo declaro bajo pena de perjurio (28 CFR § 16.41(d)(2004)) que he examinado toda la información en este formulario, y en todos los documentos y formularios que adheridos, y que la información es cierta y verdadera a mi mejor entender. Yo entiendo que cualquier persona que a sabiendas o intencionalmente solicita u obtiene acceso a expedientes relacionados a otra persona usando pretensiones falsas, lleva consigo la penalidad de hasta \$,5000. Yo también entiendo que tengo que pagar todos los honorarios requeridos para obtener acceso a la información solicitada cuando el propósito de la petición no está relacionada con los programas que administra el Seguro Social.

*Firma: _____ *Fecha: _____

Dirección: _____

Parentesco (si no es la persona dueña del expediente): _____

*Número de teléfono diurno: _____

Necesita firmas de testigos SOLO si la firma aparece con una equis (X). Si se firmó con una equis (X), entonces necesitará la firma de dos testigos que conocen a la persona que firma y los testigos también tienen que firmar y divulgar sus direcciones postales completas. Favor de escribir en letra de molde el nombre de la persona que firma con una equis (X) en el espacio que lee «Firma».

1. Firma del testigo

2. Firma del testigo

Dirección (número de casa, nombre de la calle, ciudad, estado y código postal):

Dirección (número de casa, nombre de la calle, ciudad, estado y código postal):

