

Consentimiento para divulgar información

Instrucciones para usar este formulario

Llene este formulario solo si desea que le demos información o registros sobre usted, un menor o un adulto legalmente incompetente, a un individuo o grupo (por ejemplo, un médico o una compañía de seguros). Si es el padre natural o adoptivo o tutor legal, que actúa en nombre de un menor de edad, puede llenar este formulario para divulgar solo los registros no médicos del menor. Podemos cobrar un honorario por proveer información no relacionada con la administración de un programa bajo la Ley del Seguro Social.

NOTA ACLARATORIA: No utilice este formulario para:

- Solicitar la divulgación de los expedientes médicos en nombre de un menor de edad. En su lugar, visite su oficina local del Seguro Social o llame a nuestro número gratuito, 1-800-772-1213 y oprima 7 para español (TTY-1-800-325-0778), o
- Solicitar información detallada sobre sus ingresos o historial de empleo. En su lugar, complete y envíe por correo el formulario SSA-7050-F4 (solo disponible en inglés). Puede obtener el formulario SSA-7050-F4 en su oficina local del Seguro Social o por internet en www.ssa.gov/online/ssa-7050.pdf.

Cómo llenar este formulario

No otorgaremos su petición a menos que llene todos los blancos requeridos. Un asterisco (*) indica un blanco obligatorio. Además, no aceptaremos solicitudes generales de «todos y cada uno de los registros» o el «archivo completo». Debe especificar la información que está solicitando y debe firmar y fechar este formulario. Podemos cobrar un honorario para divulgar información con fines no relacionados a nuestros programas.

- Escriba su nombre, fecha de nacimiento y número de Seguro Social o el nombre, fecha de nacimiento y número de Seguro Social de la persona a la que pertenece la información solicitada.
- Escriba el nombre y la dirección de la persona u organización a la que desea que enviemos la información solicitada.
- Especifique la razón por la que desea que divulguemos la información.
- Marque la casilla junto al tipo(s) de información que desea que divulguemos, incluyendo los rangos de fechas, cuando corresponda.
- Para obtener información no médica, usted, el padre o tutor legal que actúa en nombre de un niño menor de edad o un adulto legalmente incompetente debe firmar y fechar este formulario y proveer un número de teléfono diurno.
- Si no es la persona a la que pertenece la información solicitada, indique su relación con esa persona. Es posible que necesitemos una prueba de relación.

Declaración de la Ley de Confidencialidad

La 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 proveer la información solicitada. Proveer esta información es totalmente voluntaria; sin embargo, 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. Raramente usamos la información que nos proveyó para otro propósito que no sea el de responder a las solicitudes de divulgación de información que se encuentra en los expedientes del Seguro Social. Sin embargo, La Ley de Confidencialidad (5 U.S.C. §552a(b)) nos autoriza a divulgar la información que nos proporcione en este formulario cumpliendo con los usos rutinarios que incluyen, pero no se limitan, a lo siguiente:

1. Para permitir que una agencia o un tercero ayude al Seguro Social a establecer el derecho a los beneficios de Seguro Social o cobertura;
2. Para determinar el derecho a programas similares de mantenimiento de salud e ingresos a nivel federal, estatal y municipal;
3. Para cumplir con las leyes federales que requieren la divulgación de información de los registros de Seguro Social; y
4. Para facilitar la investigación estadísticas, auditorías 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 provee en programas de cotejo de registros por computadora. Estos programas comparan nuestros registros con los registros mantenidos por otras agencias federales, estatales o municipales. La información de estos programas se usa para establecer o verificar el derecho de una persona a participar en los programas de beneficios financiados por el gobierno federal o para administrar programas de beneficios 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 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 necesario que responda a estas preguntas a menos que mostremos un número válido de control 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. **ENVÍE O TRAIGA EL FORMULARIO COMPLETO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. Para localizar su oficina local del Seguro Social, visite nuestro sitio de Internet, en www.socialsecurity.gov. Las oficinas también se encuentran en los directorios de las Agencias gubernamentales de los EE. UU. o en su directorio telefónico o puede llamar al 1-800-772-1213 y oprima 7 para español (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar comentarios sobre nuestra estimación de tiempo anterior a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. *Envíe solo comentarios relacionados con nuestra estimación de tiempo a esta dirección, no envíe el formulario completado.***

Consentimiento para divulgar información

Debe llenar todos los blancos requeridos. No podemos honrar su solicitud a menos que se completen todos los blancos requeridos. (* El asterisco significa un blanco requerido. **Por favor, complete estos blancos en caso de que tengamos que comunicarnos con usted sobre el formulario de consentimiento).

Para: Administración de la Seguridad Social

***Mi nombre completo**

***Mi fecha de nacimiento
(MM/DD/AAAA)**

***Mi número de seguro social**

Yo autorizo a la Administración del Seguro Social a divulgar información o los expedientes relacionados a mi persona:

***NOMBRE DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:**

***DIRECCIÓN DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:**

***Quiero que se divulgue esta información porque:** _____

Podemos cobrar un honorario para divulgar información para fines no relacionados con nuestros programas.

***Por favor, divulgue la siguiente información seleccionada de la lista a continuación:**

Marque al menos una casilla. No divulgaremos registros a menos que incluya rangos de fechas cuando corresponda.

1. Verificación del número de seguro social
2. La cantidad mensual actual de los beneficios de Seguro Social
3. La cantidad mensual actual de los pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario
4. Las cantidades de beneficios o pagos desde fecha _____ a fecha _____
5. Las fechas que tuve derecho a Medicare de fecha _____ a fecha _____
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 (No aceptaremos una solicitud de «todos y cada uno de los expedientes» o «todos los expedientes». Debe especificar otros expedientes; por ejemplo, exámenes consultivos, avisos de adjudicación/denegación, solicitudes de beneficios, apelaciones, cuestionarios, informes médicos, determinaciones.)

Soy la persona a quien esta información o el registro solicitados aplica, o el padre o tutor legal de un menor, o el tutor legal de un adulto legalmente incompetente. Declaro bajo pena de perjurio (28 CFR § 16.41(d)(2004) que he examinado toda la información en este formulario y que es verdadera y correcta a mi mejor entender. Entiendo que cualquier persona que a intencionadamente o deliberadamente busque u obtenga acceso a registros sobre otra persona bajo falsos pretextos es punible con una multa de hasta \$5,000. También entiendo que debo pagar todos los honorarios aplicables por solicitar información para un propósito no relacionado con nuestros programas.

***Firma:** _____ ***Fecha:** _____

****Dirección:** _____ ****Teléfono diurno:** _____

Relación (si no es el objeto del registro): _____ ****Teléfono diurno:** _____

Los testigos deben firmar este formulario SOLO si la firma anterior es por marca (X). Si está firmado por la marca (X), dos testigos de la firma que conozcan al firmante deben firmar a continuación y proporcionar sus direcciones completas. Escriba el nombre del firmante junto a la marca (X) en la línea designada anterior.

1. Firma del testigo	2. Firma del testigo
Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)	Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)