

NOTIFICACION PARA PEDIR REVELAR

EL NUMERO DEL SEGURO SOCIAL

(Cobranza y Facturación al Cliente)

Se requiere revelar su número de Seguro Social (SSN) porque es necesario para que el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas pueda facturar y cobrar los servicios a pacientes. Las leyes federales requieren el número de Seguro Social para obtener beneficios del Medicare y Medicaid (42 USC, Sección 1320b-7(1)). Para seguro medico comercial, no hay estatuto o autoridad que requiera que usted revele su SSN para este propósito. El no proveer su SSN, sin embargo, puede resultar que no hagamos reclamos por sus cuidados como paciente ya que el seguro médico comercial requiere un SSN. Revelar en el futuro su SSN es regulado por el Acta Pública de Información (Capítulo 552 del *Código de Gobierno de Texas*) y otra ley aplicable.

NOTIFICACION ACERCA DE PRACTICAS Y LEYES DE INFORMACION

Con algunas excepciones, usted tiene derecho a ser informado acerca de la información que el Centro de Salud de la Universidad de Texas en San Antonio obtiene acerca de usted. Bajo las Secciones 552.021 y 552.023 del *Código de Gobierno de Texas* usted tiene derecho a recibir y revisar la información. Bajo la Sección 559.004 del *Código de Gobierno de Texas* usted tiene derecho a que el Centro de Salud de la Universidad de Texas en San Antonio corrija la información que ésta mantenga y que esté incorrecta de acuerdo con los procedimientos establecidos en el memorándum de negocios 32 del Sistema de la Universidad de Texas. La información que el Centro de Salud de la Universidad de Texas en San Antonio obtenga será retenida y mantenida tal y como se requiere por las reglas y leyes de retención de información (Sección 441.180 et seq. del *Código de Gobierno de Texas*). Diferentes tipos de información son archivadas por diferentes periodos de tiempo.

Usted puede solicitar cualquier requerimiento a Harry S. Lynch Jr., MBA, CPA Por correo a: 7703 Floyd Curl Drive, San Antonio, TX 78229-3900 Por e-mail a: Lynch@uthscsa.edu Por Fax a: (210) 567-7027 En persona en: edificio de la Escuela de Medicina, Cuarto 426

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR

Doy mi consentimiento para revelar mi número del Seguro Social para los propósitos establecidos arriba.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor devuelva esta forma al departamento de facturación