

## Consentimiento para divulgar información

### Instrucciones para usar este formulario

Llene este formulario solo si quiere que brindemos información o registros sobre usted, un menor de edad o un adulto legalmente incompetente, a una persona o un grupo (por ejemplo, un médico o una compañía de seguros). Puede llenar este formulario para divulgar solamente los registros no médicos del menor, si usted es el padre natural o adoptivo o el guardián legal, que actúa en nombre de un menor. Requerimos prueba de parentesco, si usted no es la persona del registro. Es posible que cobremos un honorario por proveer la información, si usted la solicita para un propósito no relacionado con la administración de un programa bajo la *Ley del Seguro Social*. Si solicita la información, como un *Estado de cuenta de Seguro Social* o una carta de verificación de beneficios, también puede acceder a esta información creando una cuenta en <https://www.ssa.gov/myaccount/> (solo disponible en inglés).

#### **NOTA ACLARATORIA: NO use este formulario para solicitar:**

- **La divulgación de los registros médicos de un menor.** 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
- **Información detallada sobre sus ganancias o historia laboral.** En su lugar, llene y envíe por correo el formulario SSA-7050-F4. 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](http://www.ssa.gov/online/ssa-7050.pdf) (solo disponible en inglés).

### Cómo llenar este formulario

No aceptaremos este formulario a menos que se llenen todos los campos obligatorios. Un asterisco (\*) indica un campo obligatorio. Tampoco aceptaremos solicitudes generales de «todos y cada uno de los registros» o del «archivo completo». Debe especificar la información que solicita y debe firmar y fechar este formulario.

- Llene el nombre, fecha de nacimiento y número de Seguro Social de la persona del registro.
- Llene el nombre y dirección de la persona u organización a donde quiere que le enviemos la información solicitada.
- Especifique la razón por la que quiere que divulguemos la información (por ejemplo, litigio, investigación, determinación de derecho a beneficios). Si usted es el padre natural o adoptivo o el guardián legal, que actúa en nombre de un menor de edad o de un adulto legalmente incompetente, debe declarar cómo la divulgación de información está en el mejor interés del menor o del adulto legalmente incompetente.
- Marque la casilla junto a los tipos de información que quiera que divulguemos, incluidos rangos de fechas específicos, cuando corresponda.

**NOTA ACLARATORIA:** A menos que se especifique lo contrario, el formulario de consentimiento es válido para un solo uso. También, es válido por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que esté solicitando registros médicos. Un formulario de consentimiento que incluya nuestra solicitud de registros médicos es válido por 90 días a partir de la fecha de la firma.

Envíe o lleve el formulario lleno a la oficina de servicio local de la persona del registro. Para localizar la oficina de servicio apropiada, visite <https://secure.ssa.gov/ICON/main.jsp>, (solo disponible en inglés), e ingrese el código postal de la persona del registro.

**Consentimiento para divulgar información**

Debe llenar todos los campos obligatorios. No otorgaremos su solicitud a menos que se llenen todos los campos obligatorios. (\*Significa un campo obligatorio. \*\*Estos no son campos obligatorios para que el formulario de consentimiento sea aceptado. Por favor, llene estos campos en caso de que necesitemos comunicarnos con usted sobre el formulario de consentimiento).

**PARA: Administración del Seguro Social****\*Nombre completo****\*Fecha de Nacimiento  
(DD/MM/AAAA)****\*Número de Seguro Social completo**

Autorizo a la Administración del Seguro Social para que divulgue información o registros acerca de mí a:

**\*NOMBRE DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:****\*DIRECCIÓN DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:****\*\*NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:**


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

Es posible que cobremos un honorario por divulgar información para propósitos no relacionados con el programa


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

Marque por lo menos una casilla. Si solicita registros médicos, no marque las casillas 7 y 8 juntas. No divulgaremos registros a no ser que incluya rangos de fechas específicos cuando corresponda

1.  Verificación del número de Seguro Social
2.  Cantidad actual del beneficio mensual del Seguro Social
3.  Cantidad actual del pago mensual de Seguridad de Ingreso Suplementario
4.  Cantidades de beneficios del Seguro Social de fecha \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_
5.  Cantidades de pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario de fecha \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_
6.  Derecho a Medicare de fecha \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_
7.  Registros médicos de fecha \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_
8.  Registros médicos completos
9.  Otros registros del Seguro Social (No aceptaremos una solicitud de «todos y cada uno de los registros» o «el archivo completo». Debe especificar qué registros está buscando. Por ejemplo, avisos de aprobación/denegación, solicitudes para beneficios, apelaciones)

--

**Soy la persona a quien aplica la información o el registro solicitado, o el padre o guardián legal de un menor de edad, o el guardián legal de un adulto legalmente incompetente. Declaro bajo pena de perjurio (28 CFR § 1746) que he examinado toda la información en este formulario y es cierta y correcta según mi mejor entendimiento. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas o intencionalmente busque u obtenga acceso a registros sobre otra persona con pretextos falsos puede ser castigada con una multa de hasta \$5,000.**

**\*Firma** \_\_\_\_\_ **\*Fecha** \_\_\_\_\_

**\*\*Dirección** \_\_\_\_\_ **\*\*Teléfono diurno** \_\_\_\_\_

**\*\*Parentesco (si no es la persona del registro)** \_\_\_\_\_ **\*\*Teléfono diurno** \_\_\_\_\_

Los testigos deben firmar este formulario SÓLO si la firma anterior está hecha con una marca (X). Si firma con una marca (X), dos testigos de la firma que conozcan al firmante deben firmar a continuación y proveer sus direcciones completas. Por favor, escriba en letra de molde el nombre del firmante junto a la marca (X) en la línea anterior para la firma.

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)

Declaración de la *Ley de Confidencialidad*  
Recopilación y uso de información personal

La *Ley de Confidencialidad* (5 U.S.C. 552a) y la Sección 205(a) de la *Ley del Seguro Social*, según enmendada, nos permiten recopilar esta información. Proporcionarnos esta información es voluntario. Sin embargo, no proveer toda o parte de la información puede impedirnos otorgar la solicitud de divulgar información o registros sobre usted. Usaremos la información que usted provea para responder a la solicitud de registros de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). Podemos compartir la información para los siguientes propósitos, llamados usos de rutina:

- A contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, con el propósito de ayudar al Seguro Social en la administración eficiente de sus programas.

Además, podemos compartir esta información de acuerdo con la *Ley de Confidencialidad* y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podemos usar y divulgar esta información en programas de cotejo por computadora, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar el derecho de una persona para los programas de beneficios federales y para el reembolso de deudas incorrectas o delincuentes bajo estos programas.

Una lista de usos rutinarios está disponible en nuestro *Privacy Act System of Records Notices* (Sistema de registros de avisos de la *Ley de Confidencialidad*, SORN, por sus siglas en inglés) 60-0089, titulado *Claims Folders System* (Sistema de registro de reclamos), según publicado en el *Federal Register* (Registro Federal, FR, por sus siglas en inglés) el 1 de Abril del 2003, en 68 FR 15784; 60-0320, titulado *FOIA and Privacy Act Record Request and Appeal System (Ley de Libertad de Información [FOIA, por sus siglas en inglés] y Sistema de solicitud de registros y de apelación de la Ley de Confidencialidad)*, según publicado en el FR el 13 de julio del 2016, en 81 FR 45352. Información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN están disponibles en nuestro sitio de internet en [www.ssa.gov/privacy](http://www.ssa.gov/privacy) (solo disponible en inglés).

Declaración de la *Ley de Reducción de Trámites*

La recopilación de esta información cumple con los requisitos estipulados por 44 U.S.C. § 3507, según enmendado por la sección 2 de *La Ley de Reducción de Trámites de 1995*. No necesita contestar estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). Calculamos que le tomará aproximadamente 5 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Usted puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo anterior a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Envíe solo comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo a esta dirección, no el formulario lleno.**