



# Formulario para Reportar un Nacimiento para Madres que Hablan Español

## Permiso para divulgar Información Médica Protegida

(Utilice este formulario solo para mujeres embarazadas inscritas en TennCare o CoverKids)  
Si la madre no está inscrita, vaya a <https://tn.gov/tenncare> para averiguar cómo se hace la inscripción.

### Información de la madre inscrita

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Núm. de teléfono:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	
SSN(si corresponde):	Número de identificación de miembro del plan de seguro médico:	

### Información del recién nacido

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Sexo:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	
Dirección:		

### Información del hospital/centro de maternidad

Nombre:	Núm. de teléfono:
Dirección:	

Marque esta casilla para confirmar que el niño que se reporta en este formulario nació en el hospital/centro de maternidad indicado arriba

**Madre inscrita:** Estoy inscrita en TennCare o CoverKids. Doy permiso al hospital/centro de maternidad mencionado arriba para que divulgue información sobre mí y mi hijo recién nacido a la División de TennCare, CoverKids o a sus contratistas designados para determinar la elegibilidad para cobertura médica en programas como TennCare Medicaid y CoverKids. El hospital/centro de maternidad puede proporcionar únicamente la información incluida en este formulario.

Entiendo que mi elegibilidad y mi posibilidad de obtener la atención médica y cobertura no dependen de que yo conceda esta autorización. Entiendo que la información divulgada en este documento puede ser divulgada a otras personas. No todos tienen que seguir las reglas de privacidad. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al hospital/centro de maternidad. Esto no cambiará los hechos que ya hayan compartido.

Firma de la madre en CoverKids:	Fecha:
---------------------------------	--------

Si el solicitante/beneficiario no puede firmar, un representante autorizado puede firmar y proporcionar documentación legal de autoridad (por ejemplo, poder notarial, documentación de custodia).

**Representante del hospital:** He confirmado que la madre está actualmente inscrita en TennCare Medicaid o CoverKids y que estaba inscrita en el momento del parto. Para verificar la elegibilidad, utilicé el siguiente sistema:

Nombre del sistema para determinar elegibilidad:

Entiendo que esta hoja solo se usa para reportar el nacimiento de bebés de madres inscritas en TennCare Medicaid o CoverKids en el momento de dar a luz. Entiendo que al enviar esta hoja en nombre de la madre inscrita, yo certifico que he revisé y confirmé la inscripción de la madre en TennCare Medicaid o CoverKids.

Nombre del representante del hospital:	Firma del representante del hospital:	Fecha:
--	---------------------------------------	--------

El hospital/centro de maternidad debe enviar esto por fax a TennCare Connect al 855-315-0669.