

Revocación de la autorización para divulgar información de salud

Quiero cancelar el permiso que di para divulgar mi información de salud a esta persona o grupo:

Información de la persona o grupo que recibe la información:

Nombre (persona/grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Fecha en que se firmó la autorización (si se conoce): ____/____/____

Información del miembro:

Nombre del miembro (letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del miembro: ____/____/____ Núm. de ID de Medicaid del miembro/Núm. de ID del miembro: _____

Sé que mi información de salud ya se pudo haber divulgado debido al permiso que di antes. Además sé que esta cancelación sólo aplica al permiso que di para divulgar mi información de salud a esta persona o grupo. No cancela ningún otro formulario de autorización que firmé para que se divulgue mi información de salud a otra persona o grupo.

Firma del miembro: _____ **Fecha:** ____/____/____

(El miembro o su representante legal firma aquí)

Si firma por el miembro, describa su relación abajo. Si es el delegado personal del miembro, describa esto abajo y envíenos copias de esos formularios (como por ejemplo poder notarial u orden de custodia legal).

El plan dejará de divulgar su información de salud cuando recibamos este formulario. Utilice la dirección de correo de abajo. Además puede llamar para pedir ayuda al número de abajo.



coordinated careTM

Coordinated Care - Compliance Department

1145 Broadway, Suite 300

Tacoma, WA 98402

Servicios para los miembros: 1-877-644-4613

Fax: 1-877-644-4602