

Revocación de la Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Identificación del Asociado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Yo le retiro a Doctors HealthCare Plans mi autorización para que divulgue mi información de salud protegida que se describe a continuación:

Toda la Información de Salud Protegida (PHI): información clínica, de reclamos, facturación, beneficios y cobertura

****Esto autoriza la discontinuación de divulgación de información sobre salud del comportamiento, VIH y uso de sustancias, a menos que esté restringido a continuación.***

Otro (especifique aquí): _____

Esta información ya no puede ser divulgada, ni puede ser utilizada, por las siguientes personas u organizaciones:

Nombre: _____ Apellido: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Comprendo que con este formulario, estoy revocando la autorización para los individuos que aparecen arriba. Comprendo que la revocación no será aplicable a información divulgada antes de que Doctors HealthCare Plans reciba este formulario de revocación:

Firma del Asociado o Representante Legal*

Fecha

****Los Representantes Legales deben proporcionar una documentación para respaldar su autoridad legal para actuar en nombre del Asociado.***

Nombre del Representante Legal: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____