

Revocación de la Autorización para Usar y/o Divulgar Información Médica



Deseo cancelar, o revocar, el permiso que otorgué a Allwell de SilverSummit para usar mi información médica con un propósito en particular o para compartir mi información médica con una persona o grupo.

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

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

Fecha en que se Firmó la Autorización (si se conoce): ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO:

Nombre del Miembro (en letra de molde): _____

Fecha de Nacimiento del Miembro: ____ / ____ / ____ Número de Identificación del Miembro: _____

Entiendo que es posible que mi información médica (incluidos, cuando corresponda, mis registros sobre trastornos por abuso de sustancias) ya se haya usado o compartido debido al permiso que otorgué anteriormente. También entiendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que otorgué para usar mi información médica con un propósito en particular o para compartir mi información médica con la persona o grupo. No cancela ningún otro formulario de autorización que haya firmado para que la información médica se use con otro propósito o se comparta con otra persona o grupo.

Firma del Miembro: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

(Miembro o el Representante Legal deben firmar aquí)

Si usted está firmando en nombre del Miembro, describa su relación a continuación. Si es el representante personal del Miembro, describa su autorización a continuación y envíenos copias de los formularios que la respaldan (como un poder legal o una orden de tutela).

Allwell dejará de usar o compartir su información médica cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal que se indica a continuación. También puede llamar al número que se indica a continuación para obtener ayuda.

Allwell from SilverSummit
2500 N. Buffalo Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89149
1-833-854-4766
TTY/TDD: 711