

Revocación de la Autorización para Divulgar Información Médica

(Conserve este formulario y úselo cuando desee cancelar la Autorización).

Deseo cancelar o revocar la autorización que otorgué a Pharmacy Services para divulgar mi información médica a esta persona o grupo:

Información del Destinatario:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

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

Fecha de Firma de la Autorización (si la conoce): ____/____/____

Información del Afiliado:

Nombre del Afiliado (en letra de imprenta): _____

Fecha de Nacimiento del Afiliado: ____/____/____ N.º de Identificación de Medicaid del Afiliado: _____

Entiendo que es posible que mi información médica ya se haya divulgado debido a la autorización que otorgué previamente. También entiendo que esta cancelación se aplica solamente a la autorización que otorgué para divulgar mi información médica a esta persona o grupo. No cancela otros formularios de autorización que yo haya firmado para divulgar mi información médica a otra persona o grupo.

Firma del Afiliado: _____ **Fecha:** __/__/____

(El Afiliado o el Representante Legal Firman Aquí)

Si firma en nombre del Afiliado, describa su relación a continuación. Si es un representante personal del Afiliado, describa esto a continuación y envíenos copias de los formularios (por ejemplo, un poder notarial o una orden judicial de tutela).

Pharmacy Services dejará de divulgar su información médica a partir del momento en que recibamos este formulario. Use la dirección de correo que aparece a continuación. También puede llamar al número que aparece a continuación para obtener ayuda.