

Revocación de autorización para utilizar y/o divulgar información médica



Deseo cancelar o revocar el permiso que le otorgué a Allwell from MHS para utilizar mi información médica para un propósito 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 firmó la autorización (si se conoce): _____ / _____ / _____

INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: _____ / _____ / _____ N° de identificación del afiliado: _____

Entiendo que mi información médica (incluidos, cuando corresponda, mis registros de trastornos por abuso de sustancias) puede que ya se haya utilizado o compartido como consecuencia del permiso que otorgué anteriormente. También entiendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que otorgué para usar mi información médica para un propósito particular o para compartir mi información médica con la persona o grupo. No revoca otros formularios de autorización que firmé para que la información médica se utilice para otro propósito o se comparta con otra persona o grupo.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

(el afiliado o representante legal debe firmar aquí)

Si está firmando por el afiliado, indique su parentesco a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, descríballo a continuación y envíenos copias de esos formularios (como un poder notarial o una orden de tutela).

Allwell dejará de utilizar o compartir su información médica cuando recibamos y demos trámite a este formulario. Utilice la dirección postal a continuación. También puede llamar para pedir ayuda al número que aparece a continuación.

Allwell from MHS
550 N. Meridian St., Suite 101
Indianapolis, IN 46204
1-855-766-1541
TTY/TDD: 711