



# Revocación de la autorización para usar y/o dar a conocer la información de salud

Deseo cancelar, o revocar, el permiso que di a Ambetter from SilverSummit Healthplan para usar mi información de salud para un fin particular o para dar a conocer mi información de salud a una persona o un 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 la sabe): / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL (LA) AFILIADO(A):

Nombre del (la) afiliado(a) (escriba con letra de molde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número de identificación del (la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Entiendo que mi información de salud (incluida, cuando corresponda, mis registros del trastorno de consumo de sustancias) ya podría haberse usado o dado a conocer debido al permiso que di antes. También entiendo que esta cancelación sólo se aplica al permiso que di para usar mi información de salud para un fin particular o para dar a conocer mi información de salud a la persona o el grupo aplicable. No cancela cualesquiera otros formularios de autorización que haya firmado para que la información de salud se usara para otro fin o se diera a conocer a otra persona o grupo.

Firma del (la) afiliado(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*(Firma del (la) afiliado(a) o representante legal)*

Si está firmando por el (la) afiliado(a), describa su relación abajo. Si es usted el (la) representante personal del (la) afiliado(a), describa esto abajo y envíenos copias de los formularios correspondientes (como poder legal u orden de tutoría).

Ambetter from SilverSummit Healthplan dejará de usar o dar a conocer su información de salud cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal indicada abajo. También puede llamar al número siguiente para solicitar ayuda.

Ambetter from SilverSummit Healthplan  
2500 N Buffalo Dr., Suite 250, Las Vegas, NV 89128  
1-866-263-8134 (TTD/TTY: 1-855-868-4945)