

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



Quiero cancelar, o revocar, el permiso que le otorgué a Ambetter from PA Health & Wellness para utilizar mi información médica con un propósito particular o para divulgar 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 de la Firma de la Autorización (si se conoce): _____ / ____ / _____

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del Miembro (en letra de imprenta): _____

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

Entiendo que mi información médica (incluida, cuando corresponda, mis antecedentes de trastorno por consumo de sustancias) se puede haber utilizado o divulgado debido al permiso que proporcioné anteriormente. También entiendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que otorgué para utilizar mi información médica con un propósito particular o para divulgarla con la persona o el grupo específicos. No cancela ninguno de los otros formularios de autorización que firmé para que la información médica se utilice con otro propósito o se divulgue con otra persona o grupo.

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

(El Miembro o el Representante Legal Debe Firmar Aquí)

Si firma en nombre del Miembro, describa su relación a continuación. Si es el representante personal del Miembro, indíquelo a continuación y envíenos copias de aquellos formularios (tales como el poder legal o la orden de tutela).

Ambetter from PA Health & Wellness dejará de usar o divulgar su información médica cuando recibamos y procesemos este formulario. Utilice la siguiente dirección postal. También puede llamar al número que aparece a continuación para obtener ayuda.

Ambetter from PA Health & Wellness
1700 Bent Creek Blvd. Suite 200
1-833-510-4727-6813 (Servicio de Retransmisión 711)
Fax 1-833-818-9887