

# Revocación de la autorización para usar y/o divulgar información de salud



FROM |



Deseo cancelar, o revocar, el permiso que para usar otorgué a Ambetter from Louisiana Healthcare Connections mi información de salud para un propósito particular o para compartir mi información de salud con una persona o grupo:

## PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó la autorización (si se conoce): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL (DE LA) AFILIADO(A):

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

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

Entiendo que la información sobre mi salud (inclusive, cuando corresponda, mis expedientes sobre trastornos por consumo de sustancias) puede haber sido ya usada o compartida debido a la autorización que otorgué anteriormente. También entiendo que esta cancelación sólo se aplica a la autorización que otorgué para usar mi información de salud para un propósito particular o para compartir mi información de salud con la persona o el grupo. Esto no anula ningún otro formulario de autorización que haya firmado para que la información de salud se use con otro fin o se comparta con otra persona o grupo.

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

*(Afiliado(a) o representante legal firme aquí)*

Si firma por el(la) afiliado(a), describa su relación más abajo. Si usted es el representante personal del (de la) afiliado(a), descríballo abajo y envíenos copias de esos formularios (como el poder notarial o la orden de tutela).

Ambetter from Louisiana Healthcare Connections dejará de usar o compartir su información de salud cuando recibamos y tramitemos este formulario. Use la dirección postal que aparece a continuación. También puede llamar para pedir ayuda al número siguiente.

Ambetter from Louisiana Healthcare Connections  
PO Box 84180  
Baton Rouge, LA 70884  
1-833-635-0450 (TTY 711)  
1-877-941-8073  
Ambetter.LouisianaHealthConnect.com