

Revocación de autorización para la divulgación de información personal



A. Miembro cuya información será divulgada:	
Nombre del miembro:	Dirección:
Número de contrato en credencial de ID:	Ciudad:
Fecha de nacimiento:	Estado:
Número de teléfono:	Código postal:

Solicito que Priority Health* revoque (cancele) mi autorización que permite a las siguientes personas o entidades acceder a mi información personal y médica:

Personas o entidades previamente autorizadas para recibir mi información:

(* Priority Health incluye a Priority Health/Priority Health Managed Benefits, Inc. /Priority Health Insurance Company/Priority Health Government Programs, Inc.)

B. Firma requerida a continuación

Comprendo que al firmar y presentar este formulario, revocaré mi autorización anterior para la divulgación de información. Comprendo que esta revocación será efectiva en un plazo de tres días laborales a partir de que Priority Health la reciba. Esta revocación no será efectiva para información que Priority Health divulgue entre el momento de firmada la autorización y la recepción de la revocación. Comprendo que es posible que haya ocurrido la divulgación de cualquier información divulgada previo a esta revocación, o que podrá ocurrir en el futuro sin mi conocimiento o consentimiento, y que por lo tanto, mi información personal y médica puede no estar protegida por la ley.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____
DD MM AAAA

Nombre impreso: _____

Si lo firma una persona que no es el miembro, indique su relación y proporcione una prueba de su autoridad para firmar:

Padre de persona menor de edad Apoderado legal Tutor legal

Representante personal de miembro fallecido

El formulario debe ser completado en su totalidad

Realizar una copia y enviarla por correo electrónico a HIPAA@priorityhealth.com, por fax al: 616 942-0616, o por correo a: Priority Health, MS 2005, 1231 East Beltline, N.E., Grand Rapids, MI, 49525-4501

Este formulario satisface todos los elementos requeridos de una autorización válida bajo la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)