

# Revocación de autorización para la divulgación de información personal

| A. MIEMBRO CUYA INFORMACIÓN SERÁ DIVULGADA   |                |   |  |
|--|----------------|---|--|
| Nombre del miembro   |                | Fecha de nacimiento   | Número de contrato en credencial de ID |
| Dirección  |                |   |  |
| Ciudad   |                | Estado  | Código postal                          |
| Número telefónico que podemos usar para ponernos en contacto con usted<br><input type="checkbox"/> Línea fija (teléfono de su casa) <input type="checkbox"/> Teléfono celular  |                | Número telefónico alternativo que podemos usar para ponernos en contacto con usted<br><i>(opcional)</i> <input type="checkbox"/> Línea fija (teléfono de su casa) <input type="checkbox"/> Teléfono celular |  |
| Solicito que Priority Health* revoque (cancele) mi autorización que permite a las siguientes personas o entidades acceder a mi información personal y médica.<br><br>Personas o entidades previamente autorizadas para recibir mi información: _____<br><br>_____  |                |   |  |
| (*Priority Health incluye a Priority Health/Priority Health Managed Benefits, Inc./Priority Health Insurance Company/Priority Health Government Programs, Inc.)  |                |   |  |
| B. FIRMA REQUERIDA A CONTINUACION  |                |   |  |
| 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.<br><br><i>Si lo firma una persona que no es el miembro, indique su relación y proporcione una prueba de su autoridad para firmar:</i> |                |   |  |
| <input type="checkbox"/> Padre de persona menor de edad  |                | <input type="checkbox"/> Tutor legal  |  |
| <input type="checkbox"/> Apoderado legal   |                | <input type="checkbox"/> Representante personal de miembro fallecido  |  |
| Firma  | Nombre impreso |   | Fecha                                  |
| C. FINALIZAR Y ENVIAR  |                |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• El formulario debe ser completado en su totalidad</li> <li>• Realizar una copia y enviarla:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por correo electrónico a <a href="mailto:HIPAA@priorityhealth.com">HIPAA@priorityhealth.com</a></li> <li>- Por fax al: 616.942.9618</li> <li>- Por correo a: Priority Health, MS 2205, 1231 East Beltline NE, Grand Rapids, MI, 49525-4501</li> </ul> </li> </ul>  |                |   |  |

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