Priority Health

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 ☐ Línea fija (teléfono de su casa) ☐ Teléfono celular	Número telefónico alternativo que podemos usar para ponernos en contacto con usted (*opcional*) ☐ Línea fija (teléfono de su casa) ☐ 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.

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 CONTINUACION

Comprendo que al firmar y presentar este formulario, revocará 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.

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 ☐ Tutor legal
☐ Apoderado legal ☐ Representante personal de miembro fallecido

Firma	Nombre impreso	Fecha

C. FINALIZAR Y ENVIAR

- El formulario debe ser completado en su totalidad
- Realizar una copia y enviarla:
  - Por correo electrónico a *HIPAA@priorityhealth.com*
  - Por fax al: 616.942.9618
  - Por correo a: Priority Health, MS 2205, 1231 East Beltline NE, 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)

©2023 Priority Health PH979 11540P10D 04/23