

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 <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 <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. 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, 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. <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"> • El formulario debe ser completado en su totalidad • Realizar una copia y enviarla: <ul style="list-style-type: none"> - 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)