



REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

** Este formulario revoca, retira y suspende la autorización que otorgué para divulgar mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) a un destinatario previamente autorizado.*

Sección A: Suspensión de la autorización para divulgar información médica protegida (PHI) del miembro

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN: _____ Teléfono: _____

Sección B: Revocación de la autorización

Por medio de la presente, revoco, retiro y suspendo la Autorización para divulgar información médica protegida que otorgué con anterioridad a CalOptima Health para divulgar mi información médica protegida (PHI) a la siguiente persona u agencia:

Nombre de la persona u agencia previamente autorizada para recibir la PHI: _____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

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

- ☐ Revocar, retirar y suspender TODA la PHI autorizada para su divulgación.
- ☐ Revocar, retirar y suspender solo las siguientes categorías de información autorizadas para su divulgación: _____

Comprendo que, al firmar a continuación, estoy suspendiendo mi autorización para divulgar mi información médica protegida (PHI). Comprendo que es posible que mi PHI ya se haya compartido debido a la autorización que otorgué en el pasado. Comprendo que esta Revocación de la autorización para divulgar información de salud protegida (PHI) no será vigente hasta que CalOptima Health la reciba y la procese. Además, entiendo que la revocación solo se aplicará a futuras divulgaciones o acciones relacionadas con mi PHI. No puedo cancelar las acciones o divulgaciones que se realizaron mientras la autorización estaba vigente y válida. También entiendo que esta revocación solo se aplica a la autorización que otorgué para compartir mi PHI con la persona u agencia mencionada en la Sección B. Esta no cancela ningún otro formulario de Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI) que haya firmado. Esta solicitud no se aplica a ningún uso o divulgación permitido o requerido por la ley.

Firma del miembro o representante personal

Fecha

Nombre del miembro o representante personal con letra de molde

Relación (padre, madre, tutor legal o representante personal)