

Revocación de la autorización para utilizar y/o divulgar información médica



Deseo cancelar, o revocar, el permiso que le otorgué a Arizona Complete Health para utilizar mi información médica para un fin particular o compartirla con una persona o grupo:

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Fecha de firma de la autorización (si se conoce): ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (en mayúsculas): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: ____ / ____ / _____ Núm. de identificación del afiliado: _____

Entiendo que mi información médica (incluido, donde corresponda, mi historial de trastorno por abuso de sustancias) puede ya haberse utilizado o compartido debido a que había otorgado mi autorización para ello. También entiendo que esta revocación solo corresponde al permiso que otorgué para utilizar mi información médica para un fin particular o compartirla con la persona o grupo. No se cancela ningún otro formulario de autorización que haya firmado para utilizar información médica para otro fin o compartirla con otra persona o grupo.

Firma del afiliado: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

(Firma del afiliado o de su representante legal)

Si firma en nombre del afiliado, describa a continuación su relación con él/ella. Si es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación y envíenos copias de dichos formularios (como por ejemplo un poder notarial o una orden de custodia).

Arizona Complete Health dejará de compartir su información médica cuando reciba y procese este formulario. Envíelo a la dirección indicada a continuación. Puede llamar al número de teléfono indicado a continuación si necesita ayuda.

Arizona Complete Health
Atn.: Compliance Department
1850 W. Rio Salado Parkway, Suite 211, Tempe, AZ 85281
Teléfono: 1-888-788-4408 (TTY 711)