

## Revocación de la autorización para divulgar información de salud protegida

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

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

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de CIN del miembro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **Sección B: Revocación de la autorización**

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

Nombre de la persona u organización 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 de salud 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 entrará en vigor hasta que CalOptima 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 organización 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, tutor legal o representante personal)