



Revocación de la Autorización para Divulgar Información Médica

Deseo cancelar el permiso que otorgué para compartir mi información médica con esta persona o grupo:

Información del Receptor:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ Número de teléfono: (____) _____

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

Información del Miembro:

Nombre del miembro (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del miembro: ____/____/____

N.º de ID del miembro: _____

Sé que es posible que mi información médica ya haya sido compartida debido al permiso que otorgué anteriormente. También sé que esta cancelación solo se aplica al permiso que otorgué para compartir mi información médica con esta persona o grupo y que, por lo tanto, no cancela ningún otro formulario de autorización que haya firmado para que la información médica se comparta con otra persona o grupo.

Firma del miembro: _____ **Fecha:** ____/____/____
(Firma del miembro o representante legal)

Si firma en nombre del miembro, describa su relación a continuación. Si usted es el delegado personal del miembro, indíquelo a continuación y envíenos copias de los formularios (como el poder notarial o la orden de tutela).

El plan dejará de compartir su información médica en cuanto recibamos este formulario. Puede enviarnos el formulario por correo postal o fax. Si desea recibir ayuda, también puede llamar a Servicios para Miembros al 1-877-687-1197 (TTY: 711).

Envíe por correo postal a:
Ambetter from Coordinated Care, Attn: Compliance Department
1145 Broadway, Suite 700, Tacoma, WA 98402

Fax: 1-877-644-4602 | Servicios para Miembros 1-877-687-1197 (TTY: 711)