



P.O. Box 459089  
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

## Revocación de la autorización para usar y/o dar a conocer la información de salud

Deseo cancelar, o revocar, el permiso que di a Ambetter Health para usar mi información de salud para un fin particular o para dar a conocer mi información de salud a una persona o un grupo:

### PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó la autorización (si la sabe): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL (DE LA) AFILIADO(A):

Nombre del (de la) afiliado(a) (escriba con letra de molde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del (de la) afiliado(a): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número de identificación del (de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Entiendo que mi información de salud (incluida, cuando corresponda, mis registros del trastorno de consumo de sustancias) ya podría haberse usado o dado a conocer debido al permiso que di antes. También entiendo que esta cancelación sólo se aplica al permiso que di para usar mi información de salud para un fin particular o para dar a conocer mi información de salud a la persona o el grupo aplicable. No cancela cualesquiera otros formularios de autorización que haya firmado para que la información de salud se usara para otro fin o se diera a conocer a otra persona o grupo.

Firma del (de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Firma del (de la) afiliado(a) o representante legal)

---

Si está firmando por el (la) afiliado(a), describa su relación abajo. Si es usted el (la) representante personal del (de la) afiliado(a), describa esto abajo y envíenos copias de los formularios correspondientes (como poder legal u orden de tutoría).

Ambetter Health dejará de usar o dar a conocer su información de salud cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal indicada abajo. También puede llamar al número siguiente para solicitar ayuda.

Ambetter Health

P.O. Box 459089

Fort Lauderdale, FL 33345-9089

1-877-687-1169 (Retransmisión de Florida 1-800-955-8770)

Fax: 1-866-796-0523

AmbetterHealth.com