



Revocación de la autorización para divulgar información de salud

Quiero cancelar o revocar el permiso que he concedido a **Ambetter Health** para compartir mi información de salud con esta persona o grupo:

Información del beneficiario:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

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

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

Información del miembro:

Nombre del miembro (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del miembro: ____ / ____ / ____ Número de identificación del miembro: _____

Comprendo que mi información médica puede haber sido ya compartida debido al permiso que di anteriormente. También entiendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que di para compartir mi información de salud con esta persona o grupo. No anula ningún otro formulario de autorización que haya firmado para que se comparta información sanitaria con otra persona o grupo.

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

Si firma en representación del miembro, describa cuál es su relación con el miembro a continuación. Si es el representante personal del miembro, describa eso a continuación y envíenos una copia de dichos formularios (como el poder notarial o la orden de custodia).

Ambetter Health dejará de compartir su información de salud cuando recibamos este formulario. Utilice la dirección postal que aparece a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-833-919-3213 (TTY: 711)

Ambetter Health | Attn: ROI Processing Team
1080 Jordan Creek Parkway, Suite 400S | West Des Moines, IA 50266 | Fax: 1-855-227-3804