

Revocación de autorización para utilizar o divulgar información médica



Deseo cancelar o revocar el permiso que le otorgué a Managed Health Services (MHS) para (i) utilizar mi información médica para un propósito particular o para compartir mi información médica con 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 se conoce): ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (en letra de imprenta): _____

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

Entiendo que es posible que mi información médica (incluidos, cuando corresponda, mis registros de trastornos por abuso de sustancias) ya se haya utilizado o compartido como consecuencia del permiso que otorgué anteriormente. También entiendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que otorgué para usar mi información médica para un propósito particular o para compartir mi información médica con la persona o grupo. No revoca otros formularios de autorización que firmé para que la información médica se utilice para otro propósito o se comparta con otra persona o grupo.

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

(El afiliado o el representante legal debe firmar aquí).

Si está firmando por el afiliado, indique su parentesco a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, describalo a continuación y envíenos copias de esos formularios (como un poder notarial o una orden de tutela).

MHS dejará de utilizar o compartir su información médica cuando recibamos y procesemos este formulario. Utilice la dirección postal a continuación. También puede llamar al número que aparece a continuación para pedir ayuda.

Managed Health Services
429 N. Pennsylvania St., Suite 109
Indianapolis, IN 46204
877-647-4848; (TTY 800-743-3333)
866-912-1629
www.mhsindiana.com