

Revocación de la autorización para utilizar o divulgar información médica



Deseo cancelar o revocar el permiso que otorgué a Managed Health Services (MHS) para utilizar mi información médica para un propósito en particular o para compartir mi información médica con una persona o grupo:

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

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

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

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro (en letra de imprenta): _____

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

Entiendo que es probable que ya se haya utilizado o compartido mi información médica (incluso, cuando proceda, mis registros de trastornos por consumo de sustancias) debido al permiso que otorgué anteriormente. También entiendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que otorgué para utilizar mi información médica para un propósito en particular o para compartirla con una persona o grupo. No cancela ningún otro formulario de autorización que haya firmado para que la información médica se utilice para otro propósito o se comparta con otra persona o grupo.

Firma del miembro: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

(Miembro o representante legal, firme aquí)

Si está firmando por el miembro, indique su relación a continuación. Si usted es el representante personal, indique su relación a continuación y envíenos copias de los formularios concernientes (como poder notarial u orden de tutela).

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

MHS
Attn: Compliance Department
550 N. Meridian St., Suite 101
Indianapolis, IN 46204
Teléfono: 1-877-647-4848