

# 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, descríballo 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  
550 N. Meridian St., Suite 101  
Indianapolis, IN 46204  
877-647-4848; (TTY 800-743-3333)  
Fax: 866-912-1629  
www.mhsindiana.com