

Autorización para el uso y/o la revelación de información de salud protegida ("PHI")

4. Entiendo que tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para revocar esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar la revocación al Departamento de Mantenimiento de Información de Salud. Entiendo que esta revocación no se aplicara a la información que ya se reveló. Entiendo que la revocación no se aplica a mí a seguridad médica donde la ley estipula que mi aseguradora tiene derecho de refutar pagos hechos bajo mi póliza. A no ser que se halla revocado, esta autorización se vence en el siguiente día, evento o condición: _____. Si no especifico el día de vencimiento, evento o condición, la autorización no se vencerá.
5. Tengo entendido que autorizando la revelación de este PHI es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. Comprendo que puedo inspeccionar o puedo copiar la información que sera utilizada o revelada, como proporciona el CFR 164.524. Entiendo que cualquier información que es revelada tiene la potencial de ser revelada sin autorización y la información podrá no ser protegida bajo las reglas Federales de confidencia.

La Firma de Miembro o Representante Legal

Fecha

Si usted no es el Miembro, indique su Relación

Firma Del Testigo

Fecha

* Al firmar este formulario, declaro que soy el representante legal de el miembro identificado anteriormente y se acredita por escrito (por ejemplo, poder notarial, testamento vital, documentos de la tutela, etc.) que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del miembro con respecto a esta autorización.

Domicilio del Representante Legal: (Si es aplicable)

Nombre del Representante Legal:

Apellido

Nombre

Inicial

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal