



Cancelación de permiso para compartir información

Revocación de mi autorización para usar o dar a conocer información delicada de salud

El ____ / ____ / ____ (Mes/Día/Año), firmé una Autorización para dar a conocer información de salud a:

Por la presente, revoco con fecha de entrada en vigor inmediata, dicha Autorización. Entiendo que la información de salud ya habría podido divulgarse de conformidad con mi Autorización previa. También entiendo que esta revocación se aplica únicamente a la información específicamente descrita en el documento mencionado arriba y que no afecta a ninguna Autorización firmada anteriormente correspondiente a otra información.

Si esta revocación es limitada (por ejemplo, si usted desea que dejemos de divulgar alguna, pero no toda, la información descrita arriba), por favor describa las limitaciones en el área de abajo. Si deja esta parte en blanco, trataremos la revocación como si fuera total.

Limitaciones/Condiciones:

Firma del afiliado o afiliada o su representante legal

Fecha

Escriba el nombre con letra de molde

Si está firmando en representación de un afiliado o afiliada, por favor describa su autoridad y proporcione la documentación conexas:

Su revocación entrará en vigor una vez que se reciba en la dirección siguiente:

Louisiana Healthcare Connections ATTN:
Privacy Officer
8585 Archives Avenue, Suite 310 Baton
Rouge, LA 70809

