

Solicitud para Revocar una Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida (ROI por sus siglas en inglés)

Rellene todos los campos que le correspondan de la manera más específica y clara posible. El formulario relleno puede enviarse al equipo de HISM por correo electrónico a **HISM@wellpower.org**, por fax a **(303) 504-6504**, por correo postal/en persona a **4141 E. Dickenson Pl. (Office 170), Denver, CO 80222 – Atención: HISM**. Si tiene preguntas, llame al (303) 504-6510.

Información de la persona a la que servimos

Complete la siguiente información sobre la persona cuya información de salud ha sido autorizada para su divulgación.

Nombre: _____ S.N. _____ Apellido: _____
#ID WellPower: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (mm/dd/aaaa)

Información del solicitante

Si usted presenta la solicitud en nombre de la persona que recibe los servicios, por favor, rellene sus datos a continuación.

NOTA: Se debe proporcionar la documentación que acredite su autoridad legal para realizar esta solicitud, si no está ya archivada. Dejar en blanco si no procede.

Nombre: _____ S.N. _____ Apellido: _____
Organización: _____ Relación: _____

Your Contact Information

Dirección: _____ Ciudad, Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Detalles de la solicitud

Por favor, proporcione los detalles de la(s) autorización(es) para divulgar información de salud protegida que está(n) siendo revocada(s)

Declaración de entendimiento

De acuerdo con el Reglamento de Privacidad de la HIPAA, usted tiene derecho a revocar una autorización previamente firmada para divulgar información médica protegida. Puede realizar esta revocación en cualquier momento notificándolo por escrito.

- Sólo puede revocar una autorización que haya hecho para usted, para su hijo/a menor de edad o si tiene la autorización legal para hacerlo.
- Sólo puede revocar las autorizaciones que estén archivadas dentro de WellPower.
- Esta revocación no afectará a ninguna acción que WellPower haya realizado en base a la autorización inicial antes de recibir esta notificación.
- La revocación tardará de 2 a 3 días hábiles desde el día en que se haya recibido para que entre en vigor y se refleje en su expediente médico.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido la información anterior y que revoco la(s) autorización(es) indicada(s) para cualquier otro uso y/o divulgación de mi información médica protegida. Si está disponible, se adjunta una copia de la autorización original.

X _____
Firma del solicitante

Fecha de la firma