



Revocación de la autorización para divulgar la información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés)

Información del afiliado (la persona cuya información será divulgada):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre de pila Segundo nombre Apellido Mes Día Año

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono, incluyendo código de área: _____

N.º de plan grupal: _____ Identificación del afiliado: _____

Yo **retiro** mi autorización a CarePlus para que use o divulgue la información de salud protegida que se describe a continuación:

Toda la información de salud protegida que CarePlus tenga en su poder, incluidos los registros de salud mental, VIH o farmacodependencia. Marque con una cruz los elementos cuya divulgación no autorice.

Información de salud protegida sobre tratamiento para la siguiente afección o lesión: _____
de o sobre

Información de salud protegida que cubre el período de tiempo hasta: _____

Otro. Especifique e incluya las fechas: _____

Esta información **ya no** puede ser divulgada, ni puede ser utilizada, por las siguientes personas u organizaciones:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Comprendo que con este formulario, estoy revocando la autorización para los individuos que aparecen arriba. Comprendo que la revocación no será aplicable a información divulgada antes de que Humana reciba este formulario de revocación.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal: _____ Fecha: _____
(*solo si el afiliado no puede firmar)

Relación con el afiliado: _____

Tenga en cuenta: Si usted es el representante legal del afiliado, debe adjuntar copias de su autorización para representar al afiliado de acuerdo con las leyes estatales, por ejemplo, poder notarial para servicios de salud, suplencia en asuntos relacionados con servicios de salud, testamento en vida o documentos de tutela.

Luego de llenar y firmar el formulario, envíelo por fax al 1-800-956-4288. O, si lo prefiere, envíe por correo el formulario completado a: CarePlus Health Plans, Inc., PO Box 14733, Lexington, KY 40512-4642.

CarePlus cumplirá las más estrictas normas y leyes federales y estatales.

Solo para uso de CarePlus

FLHJKXKSP 0721

