



Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.

Revocación de Autorización para Divulgar Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) y Registros

Propósito de la revocación de autorización:

Revoco mi autorización previa, en su totalidad o en parte, para que el plan de salud use y divulgue mi información médica. He marcado los detalles a continuación.

Comprendo que esta revocación de mi autorización no afectará ninguna medida que WellCare u otra empresa haya tomado en virtud de mi autorización antes de recibir este aviso escrito.

Información del miembro:

Nombre del miembro en letra de imprenta: _____.

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Dirección: _____.

Número de teléfono: _____. Número de identificación ID del miembro: _____.

Número de Medicare: _____. Número de Medicaid: _____.

Se adjunta copia del formulario de autorización previa:

- Sí
- No (complete la siguiente sección)

Autorización revocada:

Al firmar este formulario, acepto que el plan de salud revoque mi autorización para la persona nombrada abajo en este formulario.

Marque la información que desea revocar. Se trata de la información que pidió que se divulgara a la persona que usted nombró para que actúe en su nombre.

- Notas de psicoterapia. (**Tenga en cuenta:** Si marca esta casilla, no puede marcar otras casillas. Debe completar una *Autorización para divulgar información médica y registros médicos* para obtener otros tipos de registros).
- Registro médico completo (incluye todas las opciones a continuación)
- Apelaciones y quejas formales
- Historial de reclamaciones
- Diagnósticos o tratamiento para el abuso de alcohol o drogas
- Diagnósticos o tratamiento para el SIDA, complejo relacionado con el SIDA (AIDS Related Complex, ARC), VIH u otras enfermedades transmisibles
- Otros: _____



Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.

Información del representante:

Nombre del representante en letra de imprenta: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el miembro: _____

Fecha de entrada en vigencia de la revocación:

Esta revocación de autorización para usar o divulgar información médica protegida entra en vigencia a partir del _____ / _____ / _____
mm dd aaaa

Reconocimiento:

Entiendo que:

- Presentar un formulario de revocación no revocará otras autorizaciones para divulgar información que le haya proporcionado al plan de salud. La revocación de esta autorización no afectará ninguna medida que el plan de salud haya tomado ni la PHI que el plan ya haya divulgado.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado.

Firma del miembro

Nombre del miembro en letra de imprenta

Fecha



Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.

- En caso de que firme por el miembro en calidad de representante, firme a continuación. Un poder de representación (Power of Attorney, POA) debe estar en los registros de WellCare.

Firma del representante personal

Nombre del representante personal en letra de imprenta

Relación con el miembro

Fecha

Devuelva este formulario o su solicitud para revocar la autorización a:

WellCare

**Attn: Enrollment Department - CCP
PO Box 31378
Tampa FL 33631**

Fax: 1-866-473-9124