

## Revocación de la autorización sobre Información de salud protegida

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Nombre	
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono		Fecha de nacimiento	

Por la presente, solicito a \_\_\_\_\_ revocar/cancelar  
**Nombre de la clínica**

la autorización actual en archivo, que permite que la(s) siguiente(s) persona(s) o entidad(es) indicada(s) a continuación tenga(n) acceso a mi información de salud protegida:

Nombre	Relación

### FIRMA (REQUERIDA)

- ♦ Entiendo que al firmar y presentar este formulario cancelo mi autorización previa para divulgar información a la(s) persona(s) o entidad(es) indicada(s) arriba.
- ♦ Entiendo que esta revocación entrará en vigencia tres (3) días hábiles después de la recepción de este formulario.
- ♦ Entiendo que la revocación **solo se aplicará a divulgaciones o acciones posteriores** con respecto a mi información de salud protegida y no cancela acciones o divulgaciones realizadas mientras la divulgación tenía vigencia y validez con anterioridad.
- ♦ Conservaré una copia del formulario de revocación para referencia personal, y el original seguirá archivado en el expediente médico durante el período designado para tal conservación.

Nombre en letra de imprenta:

Fecha

Firma:

\*Nombre del intérprete/traductor (si es necesario)

Número de teléfono

### SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Personal de la oficina (nombre en letra de imprenta)

Fecha

## **Revocación de la autorización sobre Información de salud protegida**