

# Revocación de la autorización para usar y/o dar a conocer la información de salud



Deseo cancelar, o revocar, el permiso que di a Allwell de Magnolia Health para usar mi información de salud para un fin particular o para dar a conocer mi información de salud a una persona o un grupo:

## PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó la autorización (si la sabe): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL (DE LA) AFILIADO(A):

Nombre del (de la) afiliado(a) (escriba con letra de molde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del (de la) afiliado(a): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Número de identificación del (de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Entiendo que mi información de salud (incluida, cuando corresponda, mis registros del trastorno de consumo de sustancias) ya podría haberse usado o dado a conocer debido al permiso que di antes. También entiendo que esta cancelación sólo se aplica al permiso que di para usar mi información de salud para un fin particular o para dar a conocer mi información de salud a la persona o el grupo aplicable. No cancela cualesquiera otros formularios de autorización que haya firmado para que la información de salud se usara para otro fin o se diera a conocer a otra persona o grupo.

Firma del (de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*(Firma del (de la) afiliado(a) o representante legal)*

Si está firmando por el (la) afiliado(a), describa su relación abajo. Si es usted el (la) representante personal del (de la) afiliado(a), describa esto abajo y envíenos copias de los formularios correspondientes (como poder legal u orden de tutoría).

Allwell de Magnolia Health dejará de usar o dar a conocer su información de salud cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal indicada abajo. También puede llamar al número siguiente para solicitar ayuda. Desde el 1ero de octubre hasta el 14 de febrero, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de trabajo, los fines de semana y en días festivos federales, se usa un sistema para dejar mensajes.

Allwell from Magnolia Health, Attn: Privacy Officer  
111 East Capitol Street, Suite 500, Jackson, MS 39211  
Teléfono: 1-844-786-7711 (TTY: 711)  
Fax: 1-866-577-9102