

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 MHS Health Wisconsin 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 MHS Health Wisconsin 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.

MHS Health Wisconsin, Attn: Compliance Officer
801 South 60th Street, Suite 200, West Allis, WI 53214
Teléfono: 1-877-935-8024 (TTY: 711)