

## REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Propósito: Este formulario se usa para revocar o confirmar la revocación de una autorización otorgada anteriormente.

### **SECCIÓN A: Persona que revoca la autorización.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### **SECCIÓN B: Declaración de la persona sobre la revocación.**

Revoco la vigencia de la autorización que se adjunta o se describe más adelante.

Entiendo que esta revocación *no* tendrá efecto alguno en cualquier acción que TRIPLE-S SALUD u otros tomaron basadas en mi autorización antes de recibir esta revocación por escrito. También entiendo que si mi autorización era una condición para la evaluación de riesgo, o para mi elegibilidad a un beneficio, TRIPLE SALUD puede no suscribirme al plan de salud o terminar mi elegibilidad a beneficios.

Copia de la autorización  Sí  No (complete la Sección C).  
adjunta:

### **SECCIÓN C: Descripción de la autorización que se va a revocar. (Complete si la autorización no se adjunta)**

Fecha de la autorización (si se sabe) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Información de Salud Protegida Afectada: La autorización de revocación aplica a la siguiente información de salud protegida:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entidades Autorizadas a Recibir y Usar: La autorización revocada permitía el recibir y usar la información de salud protegida a las siguientes personas y entidades:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **FIRMA DE LA PERSONA – Usted tiene derecho a recibir copia de esta petición luego de firmarla**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta revocación es firmada por un representante personal a nombre de la persona, complete la información que sigue:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación con la persona: \_\_\_\_\_