**Revocación de la autorización**

Lea con atención las instrucciones antes de completar este formulario.

**Cuándo utilizar este formulario** Debe completar este formulario si desea revocar una autorización de divulgación de información sobre usted que esté actualmente en los registros de Prime Therapeutics.

**Para completar este formulario** ■ Complete el nombre y la dirección, los números de identificación y de grupo (los encontrará en su tarjeta de seguro médico) y la fecha de nacimiento del asegurado.

■ Complete el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que ya NO está autorizada para recibir la información.

■ UNA de las siguientes personas debe completar y firmar este formulario:

→Asegurado

→ Padre/madre o tutor legal de un menor, excepto†en los siguientes casos:

› Embarazo

› Enfermedades de transmisión sexual

› Abuso de alcohol o drogas

› Aborto

› Vacuna contra la hepatitis B

› Enfermedad mental de un menor

 † Para estos tipos de registros, el menor debe firmar la autorización.

→ Representante personal

› Debe proporcionar documentos de situación legal (p. ej., poder notarial para asuntos médicos)

**Envíe este formulario por fax o correo postal a la siguiente dirección:**

Prime Therapeutics Pharmacy LLC
Attention: Pharmacy Manager/Privacy Representative
6870 Shadowbridge Drive, Ste. 111

 Orlando, FL 32812

 **Fax:** 866-364-2673

**Email**: specialtyescalations@primetherapeutics.com

Página 1 de 2

**Revocación de la autorización**

10000515-A

**Información del asegurado** (persona que revoca la divulgación de información) **\* Información obligatoria**

Nombre del asegurado\* Fecha de nacimiento\*

Dirección del asegurado\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de asegurado\* Número de grupo

 El número de asegurado y el número de grupo se encuentran en su tarjeta de seguro médico.

**Mi solicitud de revocación se aplica a información que incluye lo siguiente:**

Información personal o de salud que Prime Therapeutics crea o conserva. Esta información puede incluir mi dirección, fecha de nacimiento, estado de membresía e historial de reclamaciones de recetas médicas.

**Ya NO podrá divulgar esta información a la siguiente persona:**

Nombre\* Número de teléfono\* Dirección\*

Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que esta revocación no se aplicará a ninguna información compartida antes de la fecha en que se reciba este formulario.

Firma del asegurado Fecha

X

**Representante personal**

Si firma en nombre del asegurado, debe proporcionar documentos de situación legal (p. ej., poder notarial para asuntos médicos o tutela legal).

Firma del padre/la madre o el representante personal Relación con el asegurado Fecha

X

3242-B © Prime Therapeutics Pharmacy LLC 09/24 Página 2 de 2