

# 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<sup>†</sup> 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

<sup>†</sup> 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 LLC  
Attention: Revocation Form Processing  
P.O. Box 64812  
St. Paul, MN 55164-0812  
**Fax:** 877.254.3794

# Revocación de la autorización

**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 _____	_____	_____