

Revocación de autorización

(para miembros de AHCCCS que quieran revocar autorizaciones presentadas anteriormente para divulgar información médica)

Nombre:	Clave de identidad de AHCCCS / ACN:
Fecha de pedido:	Fecha de nacimiento:

Por la presente quiero revocar la autorización para divulgar información que le había proporcionado a AHCCCS y que le permitía a AHCCCS usar y divulgar mi información médica protegida, tal como lo delineé en el formulario de autorización. Comprendo que la revocación no cobrará vigencia sobre cualquier información que ya se haya divulgado mientras hubiera estado válido y vigente el formulario de autorización que había firmado anteriormente.

Por favor, escoja una o todas que resulten pertinentes a su petición:

- Revoque la Autorización para que AHCCCS divulgue información médica protegida que presenté originalmente a AHCCCS el ____/____/____
- Revoque la Autorización para que AHCCCS divulgue apuntes de sicoterapia que presenté originalmente a AHCCCS el ____/____/____
- Revoque la Autorización para divulgar información médica protegida a AHCCCS que presenté originalmente a AHCCCS el ____/____/____
- Revoque la Autorización para divulgar apuntes de sicoterapia a AHCCCS que presenté originalmente a AHCCCS el ____/____/____
- Por favor, revoquen TODAS Y CADA UNA de las autorizaciones que hubiera presentado anteriormente a la Administración de AHCCCS.

En esta sección, tenga la bondad de describir con detalles toda cláusula o condición especial acerca de la revocación de la autorización. Si no las hubiera, escriba "ninguna".

Nombre: _____

Firma: _____

Recibida por:

Representante de AHCCCS: _____ Fecha recibida: _____