

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 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 _____