

Revocación de autorización para uso y divulgación de la información sobre la salud

Quiero cancelar o revocar el permiso que otorgué a Absolute Total Care para usar mi información de salud con un propósito particular o para compartir mi información de salud con una persona o un grupo:

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Fecha de firma de la autorización (si se conoce): _____

INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: _____ Número de identificación del afiliado: _____

Comprendo que es posible que mi información de salud (incluidos, cuando corresponda, mis registros de trastornos por abuso de sustancias) ya se haya usado o compartido debido al permiso que otorgué anteriormente. También entiendo que esta cancelación se aplica únicamente al permiso que di para utilizar mi información de salud para un fin específico o para compartir mi información de salud con la persona o grupo. No cancela ningún otro formulario de autorización que haya firmado para que mi información de salud se use con otro propósito o para que se comparta con otra persona u otro grupo.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

(Firma del afiliado o representante legal)

SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL - Relación con el afiliado: _____

Si firma por el afiliado, describa su relación. Si usted es el representante legal o personal del afiliado, describa la relación y envíenos copias de estos formularios (como un poder legal o una orden de tutela).

Absolute Total Care dejará de usar o compartir su información de salud cuando recibamos y procesemos este formulario. Envíe este formulario a la dirección postal que figura a continuación. También puede llamar para pedir ayuda al número que figura a continuación.

Para obtener ayuda con este formulario, llame al número de Departamento de Servicios al Afiliado de su plan.

LOGOTIPO DEL PLAN DE SALUD	NOMBRE DEL PLAN DE SALUD	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AL AFILIADO
 Healthy Connections 	Absolute Total Care (Medicaid)	1-866-433-6041 (TTY: 711)

ENVÍE EL FORMULARIO DE REVOCACIÓN COMPLETO Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A

**Absolute Total Care, ATTN: Compliance Department
100 Center Point Circle, Suite 100, Columbia, SC 29210**