

# Revocación de Autorización para Divulgación de Información de Salud

Use este formulario para revocar o retirar el permiso para obtener o compartir información de salud.

## Información personal del miembro

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de ID del miembro o suscriptor \_\_\_\_\_

## ¿Quién está revocado de obtener y compartir mi información?

Revoco el permiso a UnitedHealthcare y sus afiliadas a obtener o compartir mi información de salud con:

\_\_\_\_\_  
Nombre completo de la persona o nombre de la organización

\_\_\_\_\_  
Nombre completo de la persona o nombre de la organización

## Firma

Al firmar abajo, entiendo y acepto que:

- Esta revocación es voluntaria.
- No me pueden negar el tratamiento o el pago del cuidado de la salud si no firmo este formulario. No me pueden negar el derecho a recibir cuidado de la salud si no firmo este formulario.
- La cancelación de mi permiso entra en vigencia en la fecha en que mi solicitud es procesada.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro o representante del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (*para residentes de Illinois solamente*)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nota:** Si usted es un tutor o representante designado por un tribunal, llene la sección en la parte de atrás de esta página. Además debe adjuntar una copia de su autorización legal para representar al miembro.

## Información del tutor o representante designado por un tribunal

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

## ¿Está listo para enviar el formulario llenado?

Envíe el formulario llenado y firmado a:

UnitedHealthcare Community and State  
PO Box 30753  
Salt Lake City, UT 84130

Fax: 1-844-386-9286

Conserve una copia de este formulario en su archivo personal.

*(Para los residentes de California y Georgia solamente.)* Entiendo que puedo ver y copiar la información anterior si así lo solicito. Puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo.