



REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 otorga a las personas el derecho a revocar en cualquier momento una autorización previa para divulgar información. Se le exige proporcionar una solicitud por escrito para la revocación o cancelación de la autorización verbal o por escrito original para la divulgación de registros.

Comprendo que al firmar a continuación, esto revoca la autorización anterior para divulgar mi información de salud protegida (indicada a continuación), y que Astria Health y sus clínicas no serán responsables de ninguna divulgación de información realizada antes de la recepción de esta notificación de revocación por escrito.

Comprendo que ninguna revocación de este consentimiento será efectiva para impedir la divulgación de registros o comunicaciones hasta que sea recibida por la(s) persona(s) de otro modo autorizada(s) a divulgar registros y comunicaciones, p. ej., el Departamento de Administración de Información de Salud.

Comprendo además que la revocación solo se aplicará a divulgaciones o acciones posteriores relativas a mi información de salud personal y que no podrá anular acciones o divulgaciones realizadas mientras la divulgación estaba en vigor y era válida.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de revocación, póngase en contacto con el Departamento de Administración de Información de Salud llamando al 509-837-1636.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Revoco la autorización verbal otorgada a:
Nombre de la(s) persona(s): _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Revoco la autorización para información por escrito o copias de historias clínicas otorgada a:
Nombre de la(s) persona(s): _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Firma:

Paciente/representante: _____ Fecha: _____

Autoridad legal: Yo mismo Padre/madre Tutor legal Poder notarial para atención médica

Otro: (indique) _____

****Por favor, adjunte documentación legal si usted es el tutor legal o el titular de un poder notarial.**

Puede enviarnos esta revocación de autorización por correo postal, fax o correo electrónico:

Astria Health – Health Information Dept. 1016 Tacoma Ave, Sunnyside, WA 98944

Teléfono: 509-837-1636, opción 1 para divulgación de información; fax: 509-837-1637; correo electrónico: ROI@Astria.Health

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Cerrado todos los días festivos importantes.