

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.