

Revocación de Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud



FROM | buckeye health plan

Quiero cancelar o revocar el permiso que otorgué a Allwell from Buckeye Health Plan 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 la 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 trastorno por abuso de sustancias) ya se haya usado o compartido, dado que otorgué mi permiso anteriormente. Asimismo, comprendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que otorgué para usar mi información de salud con un propósito particular o para compartir mi información de salud con la persona o grupo. No cancela ningún otro formulario de autorización que firmé para que se use mi información de salud con otro propósito o para que se comparta con otra persona o grupo.

Firma del afiliado: _____ Fecha: ____/____/____

(El afiliado o el representante legal deben firmar aquí)

Si firma en nombre del afiliado, describa la relación que los une a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación y envíenos copias de esos formularios (como un poder legal u orden judicial de tutela).

Allwell from Buckeye Health Plan dejará de usar o compartir su información de salud cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal que figura debajo. También puede solicitar ayuda al número que figura debajo.

Allwell from Buckeye Health Plan
4349 Easton Way, Suite 300, Columbus, OH 43219

Proveedor de HMO y Departamento de Servicios al Afiliado: 1-855-766-1851
Proveedor de HMP SNP y Departamento de Servicios al Afiliado: 1-866-389-7690

FAX de HMO para preautorización: 1-877-861-6722
FAX de HMO SNP para preautorización: 1-877-861-6722