

Revocación de la autorización para usar y/o dar a conocer la información de salud



Deseo cancelar, o revocar, el permiso que di a Sunflower Health Plan para usar mi información de salud para un fin particular o para dar a conocer mi información de salud a una persona o un grupo:

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Fecha en que firmó la autorización (si la sabe): _____

INFORMACIÓN DEL (LA) AFILIADO(A):

Nombre del (la) afiliado(a) (escriba con letra de molde): _____

Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a): _____

Número de identificación del (la) afiliado(a): _____

Entiendo que mi información de salud (incluida, cuando corresponda, mis registros del trastorno de consumo de sustancias) ya podría haberse usado o dado a conocer debido al permiso que di antes. También entiendo que esta cancelación sólo se aplica al permiso que di para usar mi información de salud para un fin particular o para dar a conocer mi información de salud a la persona o el grupo aplicable. No cancela cualesquiera otros formularios de autorización que haya firmado para que la información de salud se usara para otro fin o se diera a conocer a otra persona o grupo.

Firma del (la) afiliado(a): _____ **Fecha:** _____
(Firma del (la) afiliado(a) o representante legal)

Si está firmando por el (la) afiliado(a), describa su relación abajo. Si es usted el (la) representante personal del (la) afiliado(a), describa esto abajo y envíenos copias de los formularios correspondientes (como poder legal u orden de tutoría).

Allwell de Sunflower Health Plan dejará de usar o dar a conocer su información de salud cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal indicada abajo. También puede llamar al número siguiente para solicitar ayuda.

Allwell de Sunflower Health Plan
Compliance Department
8325 Lenexa Dr., Lenexa, KS 66214
1-855-565-9519 TTY 711