



REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Propósito: Este formulario se usa para revocar o confirmar la revocación de una autorización otorgada anteriormente.

SECCIÓN A: Persona que revoca la autorización.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Récord médico: _____

SECCIÓN B: Declaración de la persona sobre la revocación.

Revoco la vigencia de la autorización que se adjunta o que fue otorgada en (fecha): _____

Entiendo que esta revocación *no* tendrá efecto alguno en cualquier acción que Salus haya tomado basada en mi autorización antes de recibir esta revocación por escrito.

¿Autorización adjunta?: Sí No (complete la Sección C).

SECCIÓN C: Descripción de la autorización que se va a revocar. (Complete si la autorización no se adjunta

Fecha de la autorización (si se sabe) ____/____/____

Información Afectada: Esta revocación aplica a la siguiente información:

Entidades Autorizadas a Recibir y Usar: La autorización revocada permitía el recibir y usar la información a las siguientes personas y entidades:

FIRMA DE LA PERSONA – Usted tiene derecho a recibir copia de esta petición luego de firmarla

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta revocación es firmada por un representante personal a nombre de la persona, complete la información que sigue y presente la evidencia de autoridad para firmar:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación con la persona: _____