

# Revocación de la autorización para usar y divulgar información médica



FROM



Quiero cancelar o revocar el permiso que di a Ambetter de Home State Health para usar mi información médica para un fin particular o para compartir mi información médica con una persona o grupo:

## PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha en la que firmó la autorización (si la conoce): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL(DE LA) AFILIADO(A):

Nombre del(de la) afiliado(a) (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del(de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número de ID del(de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Entiendo que puede que la información sobre mi salud (incluido, si corresponde, el historial médico sobre mi trastorno de uso de sustancias) ya se haya usado o compartido porque di mi permiso antes. También entiendo que esta cancelación solo aplica al permiso que di de usar mi información médica para un fin particular o para compartir mi información médica con la persona o grupo. Eso no cancela otros formularios de autorización que firmé para dar permiso a que mi información médica fuera usada para otro fin o compartida con otra persona o grupo.

Firma del(de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*(Afiliado(a) o representante legal firme aquí)*

Si firma en nombre del(de la) afiliado(a) describa su relación con el(la) mismo(a) aquí abajo. Si es un representante del(de la) afiliado(a), describa esto aquí abajo y envíenos copias de esos formularios (tal como poder notarial u orden de custodia).

---

Ambetter de Home State Health dejará de usar o compartir su información médica cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la siguiente dirección de correo. También puede llamar al número que se indica más abajo si necesita ayuda.

Ambetter de Home State Health  
ATTN: Compliance Department  
7711 Carondelet Avenue  
St. Louis, MO 63105  
1-855-650-3789 (Discapacidad auditiva TTY: 711)  
Ambetter.HomeStateHealth.com