

Revocación de la autorización general en virtud de la HIPAA* para la divulgación de información médica protegida (PHI) o Información médica protegida electrónica (ePHI)

*Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996

St. Louis – Kansas City Carpenters Regional Health Plan (Plan)

1419 Hampton Avenue, St. Louis, MO 63139

Teléfono: (314) 644-4802 | Línea gratuita: (877) 232-3863 | Fax: (314) 678-1110 | Correo electrónico: benefits@laborfunds.org



Este formulario revoca o cancela el permiso para divulgar información médica protegida (protected health information, PHI) o información médica protegida electrónica (Electronic Protected Health Information, ePHI) a una persona o entidad previamente autorizada.

A. Persona cubierta que cancela la autorización para divulgar información médica protegida. EN LETRA DE IMPRENTA:

Apellido de la persona cubierta		Nombre de la persona cubierta	Segundo nombre de la persona cubierta
Fecha de nacimiento	Últimos 4 números de Seguro Social de la persona cubierta	Número de teléfono de contacto más conveniente	

B. Revocación de autorización – EN LETRA DE IMPRENTA:

Revoco cualquier autorización que haya otorgado previamente al Plan para divulgar mi información médica protegida a la siguiente persona o entidad.

Nombre completo de la persona o entidad autorizada previamente a recibir la PHI o ePHI:	Relación	Número de teléfono
Nombre completo de la persona o entidad autorizada previamente a recibir la PHI o ePHI:	Relación	Número de teléfono

El Plan ya no podrá divulgar la siguiente PHI o ePHI a la persona o entidad que se indica arriba (elijá todas las opciones que correspondan):

- ☐ Registro médico completo ☐ Información de salud mental o conductual, no incluye notas de psicoterapia
- ☐ Información genética ☐ Otra, indique: _____

Información importante sobre los derechos de la persona cubierta

- La persona cubierta es el participante o dependiente cubierto por St. Louis-Kansas City Carpenters Regional Health Plan.
- La firma de la persona cubierta en este formulario no afectará su tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud ni elegibilidad para los beneficios.
- Se enviará una copia de esta autorización firmada a la persona cubierta que figura en la Sección A, a solicitud.
- Si un representante personal legalmente autorizado firma la autorización (poder notarial, etc.), se debe adjuntar documentación legal.
- Cualquier revocación no se aplicará a ninguna acción que el Plan ya haya tomado en nombre de la persona cubierta antes de recibir el formulario de revocación de la autorización en virtud de la HIPAA firmado.

C. Revocación firmada de la persona cubierta:

Al completar y firmar este formulario, comprendo y acepto que ahora estoy revocando mi autorización previa en virtud de la HIPAA para divulgar mi PHI o ePHI a la persona o entidad mencionada anteriormente. También comprendo que esta revocación no afectará ninguna medida que el Plan ya haya tomado en función de mi autorización antes de recibir esta notificación por escrito.

Firma de la persona cubierta
(Firma del padre o de la madre si la persona cubierta es menor de 18 años) o
(representante legal personal, consulte el punto 7 anterior)

Fecha

Nombre del representante personal legal, en letra de imprenta (si corresponde)

Número de teléfono del representante personal

--	--

Solo para uso en la oficina