

# 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