



Revocation of Prior Authorization for Disclosure of HIPAA*/PHI/ePHI Revocación de previa Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida HIPAA*(PHI)/ePHI, por sus siglas en ingles)

**Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996*

Mid-America Carpenters Benefit Funds (Fondo)

St. Louis-Kansas City Region

1419 Hampton Avenue, St. Louis, MO 63139 Atención: Privacy Officer

Teléfono: (314) 644-4802, opción 1 | Fax: (314) 678-1110 | Correo electrónico: benefits@laborfunds.org

Escriba claramente con tinta negra o azul.

Este formulario revoca o cancela el permiso para divulgar información de salud protegida (PHI/ePHI, por sus siglas en inglés) a una persona o entidad previamente autorizada.

SECCIÓN 1: PERSONA CUBIERTA QUE DA POR TERMINADA LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR PHI/ePHI	
Nombre completo de la persona cubierta (apellido, segundo, primer nombre)	Últimos 4 Dígitos del Seguro Social (SSN) o ID de UMR/UHC
Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Número de teléfono celular

SECCIÓN 2: REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN		
Revoco cualquier autorización que haya otorgado previamente al Plan para divulgar mi información de salud protegida a la siguiente Persona o Entidad.		
Nombre completo de la persona o entidad previamente autorizada para recibir PHI/ePHI (apellido, segundo, primer nombre)	Relación	Número de teléfono
Nombre completo de la persona o entidad previamente autorizada para recibir PHI/ePHI (apellido, segundo, primer nombre)	Relación	Número de teléfono
El Fondo ya no podrá divulgar la siguiente PHI/ePHI a la Persona/Entidad mencionada anteriormente (elijá todas las que correspondan):		
<input type="checkbox"/> Mi expediente médico completo mantenido por el Fondo <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____		

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS DERECHOS INDIVIDUALES CUBIERTOS

1. La Persona Cubierta es el Participante o Dependiente cubierto por el Fondo de Salud del Consejo Regional de Carpinteros de Mid-America.
2. La firma de la Persona Cubierta en este formulario no afectará su tratamiento, pago, inscripción en el Plan de salud o Elegibilidad para los beneficios.
3. Si se solicita, se enviará una copia de esta Autorización firmada a la Persona Cubierta que se indica en la Sección A.
4. Si está firmado por un representante personal legalmente autorizado (poder notarial, etc.), se debe adjuntar documentación legal.
5. 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 autorización de revocación de HIPAA firmado.

SECCIÓN 3: RECONOCIMIENTO Y FIRMA INDIVIDUAL CUBIERTOS
Al completar y firmar este formulario, entiendo y acepto que ahora estoy revocando mi autorización previa de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) para divulgar mi PHI/ePHI a la persona o entidad mencionada anteriormente. También entiendo que esta revocación no afectará ninguna acción que el Fondo pueda haber tomado ya en función de mi autorización antes de recibir esta notificación por escrito.

X _____ Firma Individual Cubierta (o Representante Personal Legal, ver #4 arriba)	_____ Fecha
X _____ Nombre legal del Representante Personal (si corresponde)	_____ Número de teléfono del Representante Personal

Envíe por correo, fax o correo electrónico este formulario completo a la dirección que aparece en la parte superior de este formulario, a la atención de: Privacy Officer.