

# Cancelación de la Autorización para la Divulgación de Información Médica

## Sus derechos

Sujeto a HIPAA, usted tiene derecho a cancelar (revocar) el permiso que le dio anteriormente a Atrium Health a compartir (divulgar) su información de salud con ciertas personas u organizaciones. Esto se conoce como la cancelación de la Autorización para la Divulgación de Información Médica

### **IMPORTANTE:**

- **Atrium Health no puede recuperar la información que ya haya sido compartida con otros de acuerdo a su Autorización anterior.**
- **No puede revocar una divulgación que se requiera para el pago a Atrium Health por la atención proporcionada, a menos que pague la factura en su totalidad de su bolsillo.**
- **Esta revocatoria no interrumpe divulgaciones requeridas por la ley.**

## Cancelación de la Autorización para la Divulgación de Información Médica

### Sección del paciente

Para revocar la/s autorización/es complete la sección a continuación y envíela a Atrium Health, Corporate HIM, Casilla de Correos 32861, Charlotte, NC 28231-2861

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

### **Declaración de revocación:**

Cancelo (revoco) mi permiso (Autorización) a Atrium Health a compartir la información médica de los pacientes enumerados anteriormente con los siguientes individuos, organizaciones o empresas:

### **Marcar uno:**

\_\_\_\_\_ Todas las Autorizaciones para la Divulgación de Información Médica activas (aún en vigencia)

\_\_\_\_\_ Autorización(s) para liberar PHI a: (enumere a continuación personas/organizaciones/empresas y fechas, si las conoce)

### **Firma del paciente o representante:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma como representante autorizado, describa su autoridad para actuar por el paciente y entregar la documentación que demuestre dicha autoridad de forma apropiada, por ejemplo, HCPOA, Documentos de Tutela:

### Solo para uso de Atrium Health

\_\_\_\_\_ La/s autorización/es incluidas en esta solicitud de revocación ya han caducado. No se requieren acciones.

\_\_\_\_\_ La autorización o autorizaciones enumeradas anteriormente, aún vigentes, han sido anotadas como "Revocadas" y registradas en el registro médico junto con la Planilla de Revocación.

Firma(s): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y cargo en imprenta: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Original: Archivar o escanear en la historia clínica.



Código de barras

noviembre 2019

Cancelación de la Autorización para la  
Divulgación de Información Médica