

Revocación de la autorización para usar y/o dar a conocer la información de salud



Deseo cancelar, o revocar, el permiso que di a Sunflower Health Plan para usar mi información de salud para un fin particular o para dar a conocer mi información de salud a una persona o un grupo:

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Fecha en que firmó la autorización (si la sabe): ____/____/____

INFORMACIÓN DEL (LA) AFILIADO(A):

Nombre del (la) afiliado(a) (escriba con letra de molde): _____

Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a): ____/____/____ Número de identificación del (la) afiliado(a): _____

Entiendo que mi información de salud (incluida, cuando corresponda, mis registros del trastorno de consumo de sustancias) ya podría haberse usado o dado a conocer debido al permiso que di antes. También entiendo que esta cancelación sólo se aplica al permiso que di para usar mi información de salud para un fin particular o para dar a conocer mi información de salud a la persona o el grupo aplicable. No cancela cualesquiera otros formularios de autorización que haya firmado para que la información de salud se usara para otro fin o se diera a conocer a otra persona o grupo.

Firma del (la) afiliado(a): _____ Fecha: ____/____/____

(Firma del (la) afiliado(a) o representante legal)

Si está firmando por el (la) afiliado(a), describa su relación abajo. Si es usted el (la) representante personal del (la) afiliado(a), describa esto abajo y envíenos copias de los formularios correspondientes (como poder legal u orden de tutoría).

Sunflower Health Plan dejará de usar o dar a conocer su información de salud cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal indicada abajo. También puede llamar al número siguiente para solicitar ayuda.

Sunflower Health Plan
Compliance Department
8325 Lenexa Drive
Lenexa, KS 66214
1-877-644-4623, TTY 711