

PERMISO PARA REVOCAR UNA AUTORIZACIÓN PREVIA

Según la norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), debe notificarle por escrito a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan") que revoca una autorización previa para obtener acceso a su información de salud.

Esta autorización no es válida si no se responden todas las preguntas de este formulario. Es posible que Health Plan ya haya respondido algunas. Cuando lo termine, envíelo por correo o llévelo a alguna de las siguientes direcciones de Health Plan:

7751 South Manthey Road French Camp, CA 95231-9802	1025 J Street Modesto, CA 95354
---	--

También puede enviar el formulario por fax al **1-209-461-2550**

1. Persona que revoca la autorización:			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	State:	Código postal:
Número de identificación del plan de salud:			
2. Revocación de la autorización:			
Revoco la autorización que otorgué a Health Plan para que use y divulgue mi información de salud según se indica en la autorización original:			
a. ¿Se adjunta una copia de la autorización original?			
Si contestó que sí, saltee la pregunta 3.			
Si contestó que no, responda la pregunta 3.			
3. Autorización original (complete esta sección si indicó "No" en la pregunta 2.a)			
a. Fecha de la autorización original:			
b. La autorización original se aplicaba a la siguiente información:			

Nombre en letra imprenta del miembro

Número de identificación del plan de salud

PERMISO PARA REVOCAR UNA AUTORIZACIÓN PREVIA



c. La autorización original se aplicaba a la siguiente compañía o personas:

Abuelos. Nombres: _____

Padres o padrastros sin custodia. Nombres: _____

Otro pariente, acompañante o amigo del miembro.

Nombre: _____ Relación: _____

Abogado del miembro. Nombre: _____

Otro. Nombre: _____

4. Firma:

Tiene derecho a negarse a firmar este formulario. Si se niega, no se revocará la autorización original. El hecho de que se niegue a firmar este formulario no afectará su tratamiento, los requisitos para recibir beneficios ni el pago de servicios por parte del plan de salud.

Si lo firma, tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento. Deberá informarlo por escrito al plan de salud. Su solicitud entrará en vigor cuando la recibamos, pero no podremos impedir ninguna acción que ya haya ocurrido.

.....
Firma del miembro **Fecha**

5. Representante personal:

Si no es el miembro, indique su relación con este. Ponga su nombre en letra imprenta, su firma y la fecha.

.....
Nombre en letra imprenta del representante personal

.....
Firma del representante personal **Fecha**

Nota: Si usted es el representante personal del miembro, indique cuál es su relación con este. Es posible que deba presentar una prueba de la autorización legal para actuar en nombre del miembro:

Padre/Madre de un menor Tutor Legal Poder notarial Otro (describa): _____

Si completa este formulario porque quiere que el plan de salud le revoque la autorización a otra persona o compañía, haga una copia de este para su registro. Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **1-209-942-6320**.

Nombre en letra imprenta del miembro

Número de identificación del plan de salud