

Revocación de la Autorización para divulgar información médica protegida (*PHI*, en inglés)



Con anterioridad, usted completó un formulario de *Autorización para divulgar información médica protegida (PHI, en inglés)*, que le permite a Blue Cross and Blue Shield of Kansas (Blue Cross) compartir su *PHI* con una persona, categoría de personas o entidad. Usted tiene el derecho de revocar esa autorización en cualquier momento y por cualquier razón. Es necesario que Blue Cross reciba esta solicitud por escrito. Al completar los campos que apliquen a usted en este formulario, Blue Cross ya no compartirá su *PHI* con la persona, categoría de personas o entidad indicada.

Sección 1 – Persona que autoriza la revocación

Primer nombre	Dirección postal		
Apellido	Ciudad		
Número de identificación de asegurado	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sección 2 – Solicitud de revocación

- Estoy revocando la autorización de *PHI* (excluyendo la información relacionada con el abuso de sustancias) para la persona, categoría de personas o entidad que se indica abajo.
- Estoy revocando la autorización de *PHI* para la información relacionada con el abuso de sustancias para la persona, categoría de personas o entidad que se indica abajo.

Primer nombre o categoría (por ejemplo, personal de facturación, personal médico),	Nombre de la organización
Apellido	

- Revocación para hijos derechohabientes (menores de 18 años de edad):** Estoy revocando la autorización para divulgar la *PHI* de mi(s) derechohabiente(s) indicado(s) a continuación.

_____	_____
_____	_____

Sección 3 – Autorización

Entiendo que, al firmar este formulario, la *PHI* ya no será compartida con la persona, categoría de personas o entidad identificada arriba. Entiendo que Blue Cross and Blue Shield of Kansas no condiciona el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios

al hecho de que yo firme la *Revocación de la Autorización para divulgar información médica protegida*. Además, entiendo que es posible que la información haya sido compartida con la parte identificada arriba antes de que Blue Cross recibiera esta revocación.

Se requiere su firma

_____	_____ / _____ / _____
Solicitante (Firma del padre/tutor si es diferente al solicitante)	Fecha en que se firmó

Nombre escrito en letra de molde	

Cuando esté completo, envíelo por correo a:

Blue Cross and Blue Shield of Kansas
1133 SW Topeka Blvd., Topeka, KS 66629-0001

Aviso: Guarde una copia de este formulario para sus archivos.

Solo para uso interno

Devolver a _____

Dirección de correo _____