

# 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.

<b>Solo para uso interno</b>
Devolver a _____
Dirección de correo _____