



# Revocación de la autorización para utilizar y divulgar información médica protegida (PHI)

## REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_,  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

por la presente, revoco la autorización para divulgar la información que he proporcionado a Rogers Behavioral Health que permite que Rogers Behavioral Health utilice y divulgue mi información médica protegida como indiqué en el formulario de autorización para divulgar información, que firmé el \_\_\_\_\_ para la divulgación de mi información médica protegida a \_\_\_\_\_ . Entiendo que la revocación de esta autorización NO afectará a ninguna acción ya realizada por Rogers Behavioral Health basándose en esta autorización antes de que Rogers Behavioral Health haya recibido una notificación de revocación por escrito.

### DISPOSICIONES ESPECIALES

En esta sección, exponga todas las disposiciones especiales relativas a la revocación de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal si firma en nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación del representante personal con el paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo                      Nombre del testigo en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

