



## REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

La Ley de Seguro Médico y Portabilidad de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Confidencialidad de la Salud Mental y las Discapacidades del Desarrollo (MHDD, por sus siglas en inglés) otorgan a una persona el derecho a revocar una autorización previa para divulgar información en cualquier momento. Al completar este formulario, usted está solicitando una restricción a cualquier divulgación adicional de su información médica personal.

Yo, \_\_\_\_\_  
(Escriba su nombre, dirección y número de teléfono)

**Por el presente revoco cualquier autorización previa para divulgar mi información médica protegida.**

Entiendo que, al firmar a continuación, revoca las autorizaciones previas para divulgar mi información protegida.

Entiendo que ninguna revocación de este consentimiento será efectiva para evitar la divulgación de registros y/o comunicaciones hasta que sea recibido por la persona autorizada para divulgar registros y comunicaciones.

Además, entiendo que la revocación solo se aplicará a divulgaciones o acciones adicionales con respecto a mi información de salud personal y no puedo cancelar acciones o divulgaciones realizadas mientras la divulgación estaba previamente vigente y era válida.

*Conservaré una copia del formulario de revocación para referencia personal, y el original se mantendrá archivado en el registro médico durante el período de tiempo designado para dicha retención.*

-----  
-----

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Solo para uso en la oficina**

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona designada/oficial de privacidad

\_\_\_\_\_  
Date