

# Revocación de la Autorización para Usar o Divulgar Información Médica

Quiero cancelar o revocar el consentimiento que le otorgué a Community Health Plan of Imperial Valley para que use mi información médica con un propósito determinado. Y quiero cancelar o revocar el consentimiento que otorgué para que se comparta dicha información con una persona o grupo.

Persona o grupo que recibió la información			
Nombre (de la persona o grupo):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:
Fecha de firma de la autorización (si la conoce):      /      /			
Información del afiliado			
Nombre del afiliado (en letra de imprenta):			
Fecha de nacimiento del afiliado:      /      /		N.º de identificación del afiliado:	
<p>Entiendo que es posible que mi información médica ya se haya usado o compartido debido al consentimiento que otorgué antes (esto incluye los registros sobre el trastorno por abuso de sustancias según sea necesario). También sé que esta cancelación solo se aplica al consentimiento que otorgué para que se use mi información médica con un propósito determinado.</p> <p>O bien, se aplica a mi consentimiento para que mi información médica se comparta con una persona o grupo. No se cancelarán otros formularios de aprobación que ya haya firmado para que mi información médica sea:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. usada con otro propósito determinado;</li> <li>2. compartida con otra persona o grupo.</li> </ol>			
Firma del afiliado (el afiliado o el representante legal debe firmar aquí):			Fecha:
<p>Si firma en nombre del afiliado, a continuación describa de dónde lo conoce. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación. Y envíenos copias de los formularios que lo respalden (por ejemplo, un poder legal o una orden de tutela).</p>			

Community Health Plan of Imperial Valley dejará de usar o compartir su información médica después de haber recibido y procesado este formulario. Use la dirección postal que aparece a continuación. También puede llamar al número de teléfono que figura a continuación para pedir ayuda.

Community Health Plan of Imperial Valley, Privacy Office  
P.O. Box 9103, Van Nuys, CA 91409  
Teléfono: 1-833-236-4141 (TTY 711), fax: 818-676-8314