



*Revocation of Authorization
To Release Health
Information*

Revocación de la autorización para divulgar información médica

Keystone Health
Attn: HIM Department
111 Chambers Hill Drive, Suite 200
Chambersburg, PA 17201
Phone (717) 709-7960 Fax (717) 217-1937
Email: khc-him@keystonehealth.org

Paciente { Primer nombre, Segundo nombre, Apellido(s) }	
Fecha de nacimiento	MR#
Dirección	
Ciudad/Estado	Número de teléfono

Se debe completar este formulario cuando un paciente solicita que se revoque o cancele una autorización existente que permite a Keystone Health divulgar información médica protegida (PHI, siglas en inglés) a otra persona u organización. Solamente el/la paciente o el/la representante personal debe completar este formulario. Esta solicitud de revocación solo corresponde a las personas u organizaciones enumeradas.

(INICIALES A CONTINUACIÓN)

- a. _____ Revoco TODAS las autorizaciones previas que he firmado.
- b. _____ Revoco la autorización que firmé en la siguiente fecha: _____
que divulga la información a: _____
- c. _____ Solicito que la autorización que firmé en la siguiente fecha _____,
que divulgaba información a _____,
sea modificada para revocar la autorización para divulgar la siguiente información médica protegida
específica (enumere la información que NO QUIERE que se divulgue): _____

Entiendo que mi revocación por escrito entrará en vigencia al recibirla, pero no entrará en vigencia en la medida en que el/la solicitante u otros hayan actuado de conformidad con la autorización que proporcioné antes de esta revocación.

Entiendo que la revocación no se corresponderá a la información que ya ha sido divulgada ni corresponderá a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue al asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo mi póliza o la póliza misma.

A pesar de esta revocación, Keystone Health continuará divulgando información médica protegida [PHI, siglas en inglés] a terceros, según lo exija la ley, la cual puede incluir una(s) divulgación(es) al individuo/a los individuos o entidad nombrados en esta revocación.

Firma de paciente/representante personal autorizado/a

Fecha

Relación del/de la representante personal autorizado/a