



Revocación de la autorización para divulgar información médica

Quiero cancelar o revocar el permiso que le di a Superior HealthPlan de compartir mi información médica con la siguiente persona o grupo:

Información del destinatario:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Fecha de la firma de autorización (si la conoce): ____/____/____

Información del miembro:

Nombre del miembro (a mano impresa):

Fecha de nacimiento del miembro: ____/____/____ Número de identificación de Medicaid:

Entiendo que mi información médica puede haber sido ya compartida debido al permiso que di antes. También entiendo que esta cancelación, solo se aplica al permiso que di de compartir mi información médica con esta persona o grupo. No anula cualquier otro formulario de autorización que haya firmado para compartir mi información médica con otra persona o grupo.

Firma del miembro: _____ **Fecha:** ____/____/____
(Miembro o Representante Legal, firme aquí)

Si está firmando por el Miembro, describa su relación a continuación. Si usted es representante personal del miembro, describa esto a continuación y envíenos copias de los formularios (tales como orden de tutela o poder notarial).

Superior HealthPlan dejará de compartir su información médica cuando tenga este formulario. Utilice la siguiente dirección de correo. También puede llamar para obtener ayuda al siguiente número.

Superior HealthPlan
Compliance Department
2100 South IH-35, Suite 200
Austin, TX 78704
Teléfono: 1-800-783-5386 o Relay Texas (TDD/TTY) 1-800-735-2989

Envíe a: Superior HealthPlan Attn: Compliance Department, 2100 South IH-35, Suite 200, Austin TX 78704
Teléfono: 1-800-783-5386 o Relay Texas (TDD/TTY) 1-800-735-2989