

Revocación de Autorización para uso y Divulgación de Información Protegida sobre La Salud

Nombre (primer nombre, <i>inicial del segundo nombre y apellido</i>):	Fecha de nacimiento (<i>mes/día/año</i>):
--	--

Esta forma revoca mi autorización previa para usar y divulgar Información Protegida sobre La Salud entre:

Behavioral Health and Recovery Services Departamento de Salud y Servicios Humanos

Y

Nombre de la agencia, individuo o proveedor de atención sanitaria:		
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código postal:

Envíe este formulario por fax, correo, correo electrónico o en persona junto con una identificación con foto a:

Behavioral Health and Recovery Services – County of Marin	
Departamento de Salud y Servicios Humanos 250 Bon Air Road Unidad B, Greenbrae, CA 94904 Contacto: Custodio de Registros Médicos	Teléfono: (415) 473-6779 Fax: (415) 473-4113 Correo electrónico: BHRSmmedicalrecords@marincounty.gov

FECHA DE VIGENCIA:

El aviso entrará en vigor cuando lo reciba el Condado. Cualquier información ya compartida por esta autorización antes de recibir este aviso no podrá ser retractada.

EFFECTOS DE LA REVOCACIÓN: Esta revocación no limitará la capacidad del Condado de Marin para solicitar el pago por servicios que haya prestado bajo la autorización.

CADUCIDAD: Esta revocación permanecerá vigente hasta que el cliente lo solicite por escrito.

Firma (<i>Cliente o Representante, según corresponda</i>)*:	Fecha (<i>mes/día/año</i>):
* Si el formulario está firmado por alguien que no es el cliente, indique la relación con el cliente e incluya la documentación requerida de autoridad junto con el formulario de autorización firmado.	
Nombre (<i>Impreso</i>): _____	
Relación:	
Nombre del representante del condado que recibe este formulario:	Fecha (<i>mes/día/año</i>):