



4502 Medical Drive

Departamento de Registros Médicos, MS# 26-2
San Antonio, Texas 78229-4493

Fax (210) 358-5936

Teléfono (210) 358-3532

Revocación de Autorización para Divulgación de Información Médica Protegida

INSTRUCCIONES PARA PACIENTES: Con este formulario, usted puede revocar (finalizar/terminar) una Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que haya firmado anteriormente, u otro formulario de Autorización. Enviar este formulario firmado a Registros Médicos, Departamento de Divulgación de la Información a la dirección que se detalla arriba. Este formulario se archivará junto con sus registros médicos.

Nombre del paciente	_____	_____	_____
	Apellido	Nombre	Segundo nombre
Dirección:	_____	_____	_____
	Calle	Ciudad	Estado Código postal
Teléfono:	(____)_____	Fecha de nacimiento: _____	MRN (Número Reg. Méd.): _____

Al firmar abajo, **revoco** el formulario de Autorización por escrito que se entregó anteriormente a **University Health System (UHS)** firmada por mí el _____.
Día/Mes/Año

Comprendo que esta revocación no afectará ninguna de las acciones que hayan sido tomadas antes del recibo de esta revocación por escrito. Un paciente o el representante legal autorizado del paciente no podrán revocar una divulgación que se solicita para el propósito de realizar pagos al hospital por servicios de atención médica que se ofrecieron al paciente.

_____	_____	_____
Firma del paciente		Fecha
_____	_____	_____
Firma de otra persona legalmente autorizada	Relación con el paciente	Fecha
Para revocar Autorización en representación del paciente		

PARA USO DE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM ÚNICAMENTE FECHA QUE SE RECIBIÓ: _____

FECHA QUE INGRESA AL PROGRAMA 3M CHART RELEASE _____

FECHA DE ESCANEADO EN LOS REGISTROS MÉDICOS DEL PACIENTE: _____

DIRECTOR/PERSONAL DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN QUE PROCESA LA SOLICITUD