REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD

Por medio de la presente, yo cancelo cualquiera y toda autorización entitulada ***EL INDIGENT CARE COLLABORATION: Autorización para Usar y Revelar Información Confidencial de Salud*** que previamente firme en cualquier lugar a cualquier tiempo.

Yo entiendo que es mi derecho de cancelar esta autorización, y al hacerlo lo debo de poner por escrito y enviarlo al ICC para que sea valido. Tambien entiendo que si deseo en el futuro que la información sea compartida, necesito volver a firmar una nueva autorización.

Yo entiendo que puede haber un retraso de tiempo dentro el tiempo que el ICC reciba la cancelación al tiempo que mi información sea quitada del sistema para que ya no sea revelada, pero que este retraso generalmente no exedera setenta y dos (72) horas.

_____

Nombre del Individuo Firma del Individuo o Persona Autorizada Fecha

_____

Fecha de Nacimiento Número de Seguro Social

_____

(Si es diferente del Individuo) Relación de la Persona Autorizada al Individuo

_____ _____

Testigo Fecha

Para que esta cancelación sea valida, por favor envie por correo o llevela personalmente a la siguiente dirección, o puede entregarla a cualquier proveedor que participa en el ICC para que ellos la envien por correo o entreguën en persona a:

Indigent Care Collaboration
c/o Application Administrator
2101 IH-35 South, Suite 500
Austin, Texas 78741