



REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA EL USO, DIVULGACIÓN, Y ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Información del paciente
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Otros nombres con los que se ha tratado al paciente: _____

Mediante la presente, es mi intención revocar el(los) formulario(s) de autorización de HIPAA indicados a continuación que actualmente pueden estar archivados en St Luke's Health System, Ltd. Entiendo que esta revocación no aplica a cualquier usos o divulgaciones realizadas por St Luke's antes del recibimiento de este formulario completo, o para usos o divulgaciones que se permiten o requieren por ley. Deseo revocar la(s) siguiente(s) autorización(es) de HIPAA:

Marque todo lo que corresponda.

Autorización para el acceso, uso y divulgación de información médica protegida (PHI).

Nombre del individuo(s)/organizaciones/autorización específica a revocar: _____

Autorización para divulgar información médica protegida (PHI) para notas de psicoterapia

Nombre del individuo(s)/organizaciones/autorización específica a revocar: _____

Autorización de acceso a información médica protegida (PHI) para adulto representante

Nombre del individuo(s) a revocar: _____

Todas las autorizaciones de HIPAA anteriores archivadas en St. Luke's Health System, Ltd.

Para finalizar mi revocación, entiendo que este formulario debe completarse en su totalidad, firmarse y enviarse a: St. Luke's HIM Department en 190 E Bannock Street Boise, ID 83712; o por fax, al 208-381-2438.

Firma/Signature

Fecha/Date

Hora/Time

Relación con el paciente (si corresponde)

Relationship to Patient (if applicable)

RI03-01-236-sp 01/31/19 Page 1 of 1	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">PATIENT LABEL or</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">PATIENT NAME: _____</td> <td style="padding: 5px;">Room #: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">DOB: _____</td> <td style="padding: 5px;">CSN: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">MRN: _____</td> <td style="padding: 5px;">Discharge Date: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Admit Date: _____</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	PATIENT LABEL or		PATIENT NAME: _____	Room #: _____	DOB: _____	CSN: _____	MRN: _____	Discharge Date: _____	Admit Date: _____	
PATIENT LABEL or											
PATIENT NAME: _____	Room #: _____										
DOB: _____	CSN: _____										
MRN: _____	Discharge Date: _____										
Admit Date: _____											