



**Revocación de Autorización para Divulgar Información de Salud/Plan de Servicios Centrado en la Persona**

Nombre Completo del Miembro:

Fecha de Nacimiento del Miembro:

N.º de Identificación de Medicaid del Miembro:

Correo electrónico del Miembro/Familia:

Teléfono del Miembro/Familia:

Fecha del Plan de Servicios Centrado en la Persona Actual:

Nombre del Coordinador de la Atención Dirigida:

**Revocación:**

**Por medio del presente documento, revoco mi autorización previa de divulgación a mi solicitud o a la solicitud de mi representante personal (p. ej., si corresponde conforme a la ley estatal, padre, madre o tutor legal), en lo que concierne a las siguientes personas u organizaciones:**

Nombre y Apellido*	Organización	Teléfono*	Correo Electrónico*	Rol

\* Campos obligatorios

**Entiendo que la revocación no se aplica a ninguna acción anterior que se haya realizado de acuerdo con mi autorización previa.**

**Fecha de Finalización del Acceso:** \_\_\_\_\_

**Firma del Participante**

**Fecha**

**Firma del Padre/Madre/Tutor/Representante Legal**

**Fecha**

**Nota:** Si usted es el tutor o el representante designado por un tribunal, debe adjuntar copias de su autorización legal para representar al miembro.

**CONSERVE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA**