



ANULACION A LA AUTORIZACION DE HIPAA

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Estoy revocando mi autorizacion para uso y revelacion de información de salud protegida a:

Entiendo que esta anulación no afectará ninguna acción ó otras anteriores recibidas con Health Solutions West ó recibidas antes de esta revocación por escrito.

Firma: _____

Nombre del personal representativo: _____

Relación con el personal representativo: _____

Por favor indique otras personas ó identidades que se deben informar como resultado de esta revocación:

