KAISER PERMANENTE®

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest • Kaiser Foundation Hospitals

Revocación de la Autorización o el Consentimiento para Usar o Divulgar Información Médica Protegida

Departamento de Divulgación de Información

PACIENTE:		
SOBRENOMBRE/APELLIDO DE SOLTERA/OTRO:		
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:		
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):	NÚMERO DE TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		N.º DE APARTAMENTO:
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL+ 4:

Revoco (cancelo) el consentimiento o la autorización que di anteriormente para usar o divulgar mi información médica protegida (*protected health information*, PHI) según se describe a continuación.

Marque 1 casilla y llene los espacios en blanco que correspondan.

☐ Revoco **TODOS** los consentimientos o las autorizaciones que he firmado anteriormente.

☐ Revoco el consentimiento o la autorización que firmé en la siguiente fecha: _____

para divulgar información a: _____

Entiendo que mi revocación por escrito tendrá vigencia en el momento en que se reciba, pero no tendrá vigencia en la medida en que quien la solicita u otros hayan actuado sobre la base del consentimiento o la autorización que proporcioné antes de esta revocación.

Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado ni a mi compañía de seguro cuando la ley le conceda a la aseguradora el derecho de impugnar un reclamo conforme a mi póliza o a la póliza en sí.

A pesar de lo dispuesto en esta revocación, Kaiser Permanente seguirá divulgando PHI a terceros según exija la ley. Esto puede incluir divulgaciones a las personas o entidades que se mencionan en esta revocación.

✗ _____ _____

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL PERSONAL — FECHA

_____

NÚMEROS DE TELÉFONO DEL PACIENTE O DE LA PERSONA AUTORIZADA

Si firma un representante legal personal en nombre del paciente, indique lo siguiente:

Nombre completo del representante legal personal (en letra de imprenta): _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Adjunte documentos que verifiquen su autoridad para actuar en nombre del paciente.

Envíe este formulario de una de las siguientes maneras. Mantenga una copia para sus registros.

- **Correo electrónico:** nw.roi.revocations@kp.org
- **Correo postal:** Kaiser Permanente Northwest
  Attn.: Release of Information Department
  500 NE Multnomah St., Suite 100
  Portland, OR 97232-2099

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Divulgación de Información (Release of Information Department), al 503-571-5051.

Distribución: envíe un correo electrónico a nw.roi.revocations@kp.org

©2025 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232