



nebraska
total care™

Revocación de Autorización para Divulgar Información de Salud

Quiero cancelar, o revocar, el permiso que di a Nebraska Total Care para divulgar mi información de salud a esta persona o grupo:

Información de la persona que recibe la información:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____)____ - _____

Fecha en que se firmó la autorización (si se conoce): ____/____/____

Member Information:

Nombre del miembro (letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del miembro: ____/____/____

Número de identificación (ID) de Medicaid del miembro: _____

Entiendo que mi información de salud ya se puede haber divulgado debido al permiso que di antes. Además, entiendo que esta cancelación sólo se aplica al permiso que di para divulgar mi información de salud a esta persona o grupo. No cancela ningún otro formulario de autorización que firmé para que se divulgue mi información de salud a otra persona o grupo.

Firma del miembro: _____ Fecha: ____/____/____

(El miembro o representante legal firma aquí)

Si firma por el miembro, describa su relación más abajo. Si es el representante personal del miembro, describa esto abajo y envíenos copias de esos formularios (como por ejemplo poder notarial u orden de custodia legal).

Nebraska Total Care dejará de divulgar su información de salud cuando recibamos este formulario. Utilice la dirección de correo de abajo. Además, puede llamar para pedir ayuda al número de abajo.

Mail To: Nebraska Total Care
Attn: Privacy Officer
2525 N. 117th Ave., Suite 100
Omaha, NE, 68164

Phone: 1-844-385-2192,
Retransmisión de Nebraska 711