

Revocación de Elección de Participación

Este formulario tiene el objeto de revocar la participación para el Programa del Centro de Atención Enfocado en el Paciente (PCMH, por sus siglas en inglés) de CareFirst proporcionado por el proveedor mencionado abajo. La compleción y el envío de este formulario a la Oficina de Privacidad de CareFirst le permite revocar su elección original para participar en un PCMH.

Por la presente, revoco mi participación en el Programa del PCMH de CareFirst. Entiendo que esta revocación no afectará ninguna acción que el plan de salud o el administrador del plan de salud haya tomado antes de recibir mi aviso por escrito de revocación.

A pedido mío, deseo revocar la revelación de mi información protegida sobre salud a:

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA O DEL CONSULTORIO DE PCMH: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO: _____

Comprendo _____ que mediante la firma del presente formulario, confirmo mi revocación respecto de que el plan de salud o el administrador del plan de salud ya no podrán utilizar ni revelar mi información protegida sobre salud a las personas u organizaciones mencionadas en este formulario.

NOMBRE DEL AFILIADO _____

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA):

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

si la persona que firma esta revocación no es el afiliado, el padre, madre o tutor de un dependiente menor de 18 años, debe adjuntar una copia completa del documento oficial que establezca su autoridad legal para firmar en nombre del afiliado (por ejemplo, poder notarial, tutor designado por un tribunal, representante personal, etc.).

Escriba en letra imprenta con claridad para asegurar un procesamiento correcto y rápido. Nos reservamos el derecho de devolver cualquier formulario ilegible.

Envíe este formulario de revocación por
correo electrónico o fax a:

CareFirst BlueCross BlueShield
Para: Oficina de privacidad
10455 Mill Run Circle
Owings Mills, MD 21117
Fax: 410-505-6692

Guarde una copia de esta revocación. Le proporcionaremos una copia firmada a pedido.

Cualquier información sobre salud mental o abuso de sustancias que se haya revelado de registros médicos u otros registros de atención médica puede estar protegida por la ley federal o estatal. Si los registros están protegidos, la Regulación Federal (42 CFR Parte 2) prohíbe que quien reciba la información la revele a otras personas a menos que dicha revelación esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la cual pertenece o esté permitida de otra forma por la regulación 42 CFR Parte 2. La autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de información para realizar una investigación o un procesamiento penal de cualquier paciente con problemas de abuso de alcohol o drogas.