



**SOLICITUD PARA REVOCACIÓN DE MI AUTORIZACIÓN DE USO Y/O  
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
(Letra de Molde)

Número de Contrato: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Por la presente solicito que mi Autorización de Uso y/o Divulgación de Información Protegida de Salud sometida a MCS Healthcare Holdings, LLC para usar y/o divulgar:

\_\_\_\_\_ a la siguiente persona o entidad:  
\_\_\_\_\_ sea revocada.

Entiendo que esta solicitud de revocación de mi Autorización no aplica retroactivamente a divulgaciones ya realizadas. También entiendo que MCS Healthcare Holdings, LLC puede denegar esta solicitud de revocación, si MCS ha actuado conforme a la autorización o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cubierta de seguro.

Entiendo que una divulgación de Información Protegida de Salud puede ser requerida por Ley ante ciertas situaciones. Por ejemplo: el reporte de enfermedades contagiosas, maltrato de menores, violencia doméstica, intento de suicidio, seguridad nacional, etc.

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente certifico mi solicitud de revocación de autorización.  
Nombre del Asegurado (Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
Firma de Asegurado o Representante Autorizado Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante Unidad de Privacidad Firma Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (De ser necesario) Firma Fecha

Para Uso de la Unidad de Privacidad Solamente:

Solicitud Aceptada

Solicitud Denegada Razón: \_\_\_\_\_

Se notificó al Asegurado Fecha: \_\_\_\_\_

MCS cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. MCS 遵守適用的

聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). ATTENTION: If you speak English, language assistanceservices, free of charge, are available to you. Call 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

注意：如果您

使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182)。

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.