

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Lea primero esta información:

Debe completar este formulario si desea (1) revocar (cancelar) la autorización para que Optima Health use o divulgue su información médica a su representante personal o designado; o (2) optar por no recibir cualquier comunicación de recaudación de fondos. Esta revocación entrará en vigencia inmediatamente después de recibir este formulario completo en Optima Health.

** Envíe este formulario por correo postal a:

Sentara Health Plans Compliance
PO Box 66189
Virginia Beach, VA 23466

O bien, envíe un correo electrónico a la siguiente dirección:

shpprivacy@sentara.com.

Declaración de privacidad: Tenga en cuenta que el correo electrónico y los mensajes de texto pueden ser interceptados en su transmisión o desviados.

Paso 1: Complete la información demográfica de la persona que recibe los servicios.

1. _____ 2. ____/____/_____
Nombre Fecha de nacimiento

3. _____
Nro. de id. del miembro o los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social (SSN)

Paso 2: Díganos a quién retira la autorización para usar o recibir su información médica.

4. _____
Nombre del representante autorizado

5. _____
Domicilio del representante autorizado

Paso 3: Confirme que entiende lo siguiente:

- Al completar este formulario de revocación, la persona indicada ya no tendrá acceso a su información médica protegida o ya no recibirá ninguna comunicación de recaudación de fondos.
- La revocación de esta autorización no afectará sus beneficios, pagos de reclamos ni la atención brindada conforme a su plan de beneficios.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario de revocación firmado.

Firma de la persona que revoca la autorización

_____/_____/_____
Mes Día Año