



illinicare health™

Revocación de Autorización Para Divulgar Datos de la Salud

**DESEO ANULAR O REVOCAR EL PERMISO QUE DI A
COUNTYCARE PARA COMPARTIR MIS DATOS DE LA SALUD
CON ESTA PERSONA O ESTE GRUPO:**

ENVÍELO POR CORREO A:

IlliniCare Health
Privacy Officer
999 Oakmont Plaze Drive
Suite 400
Westmont, IL 60559

866-329-4701

Información Sobre El Destinatario

Nombre (persona o grupo):	Teléfono:
Dirección: Ciudad: Código postal:	Fecha en Que se Firmó la Autorización (si es conocida):

Datos Del Miembro

Nombre del Miembro (escriba en letras de molde):	Fecha de Nacimiento:
Número de Identificación de Medicaid del Miembro:	Firma del miembro: Fecha:

Entiendo que es posible que se hayan compartido mis datos de la salud en función del permiso que di anteriormente. También entiendo que esta anulación de permiso sólo corresponde al permiso que di para compartir mis datos de la salud con esta persona o este grupo. No anula ningún otro formulario de autorización que firmé para compartir datos de la salud con otra persona u otro grupo.

Si usted firma a favor del miembro, indique su parentesco a continuación. Si usted es el representante personal del miembro, explique esto a continuación y envíenos copias de esos formularios (tales como la carta poder o la orden judicial de tutela):

IlliniCare Health dejará de compartir sus datos de la salud en cuanto que recibamos este formulario. Envíelo a la dirección postal arriba. Usted también puede llamar al número indicado a continuación para pedir ayuda.

IlliniCare.com

866-329-4701