

UT Southwestern Medical Center

Cancelación de autorización previa para compartir la información médica protegida con las personas designadas de forma verbal

*Revocation of Prior Authorization for Verbal Release of
Protected Health Information to Designated Persons*

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de expediente médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

FIRMANDO ESTE FORMULARIO, RECONOZCO QUE ESTOY CANCELANDO UNA AUTORIZACIÓN PREVIA QUE COMPLETÉ PARA DARLE A UT SOUTHWESTERN MEDICAL CENTER EL PERMISO DE COMUNICARSE EN PERSONA O POR TELÉFONO CON LAS SIGUIENTES PERSONAS, DESIGNADAS POR EL PACIENTE, PARA AYUDAR CON LOS SERVICIOS MÉDICOS.

ENTIENDO que si cancelo la autorización previa, esta no tendrá ningún efecto en ninguna de las medidas que UT Southwestern Medical Center haya tomado antes de que se procesara la cancelación.

Personas designadas que recibirán la cancelación: _____

Firma del paciente

Nombre del paciente en letra de molde

Hora (a. m./p. m.)

Fecha

SI EL PACIENTE TIENE UN REPRESENTANTE LEGAL, COMPLETE ABAJO:

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Nombre del representante legal en letra de molde: _____

Relación con el paciente: _____

Firmando esta autorización, certifico que tengo autoridad legal para actuar como el representante legal del paciente que se menciona arriba.*

Firma del representante legal

Hora (a. m./p. m.)

Fecha

** Puede exigirse prueba de la autoridad legal. Para obtener más información sobre las competencias necesarias para actuar como representante legal de un paciente, consulte las directrices de UT Southwestern Medical Center para representantes legales.*

This Section for Internal Use Only

Date revocation received: _____

Date revocation processed: _____

Name of employee processing request: _____

