

**REVOCATORIA DE LA AUTORIZACIÓN PARA REVELAR
LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (IPS)**

Yo, _____, mediante la presente revoco la autorización para revelar la información que proporcioné a la UTMB, que permitía a la UTMB a utilizar y revelar mi IPS según lo indiqué en el formulario de autorización, el cual firmé el (fecha) _____ para la revelación de mi IPS a _____ (Instituto y/o persona). Comprendo que esta revocatoria no es aplicable a cualquier acción que la UTMB haya tomado con relación a la autorización que firmé anteriormente. Esta revocatoria no revoca cualquiera y todas las autorizaciones anteriores, para revelar información que haya proporcionado a la UTMB.

Nombre el Paciente o Representante Personal

Fecha

Disposiciones Especiales

En esta sección la persona deberá indicar cualquier disposición especial con respecto de la revocatoria de la autorización.

Nombre el Paciente o Representante Personal

Fecha

NOTIFICACIÓN

Dirija este formulario a la Administración de Información de la Salud después que la persona haya llenado la información:

Health Information Management (HIM)
301 University Boulevard
Galveston, Texas 77555-0782

SI NO ESTÁ DISPONIBLE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE Y EL No. UH EN EL ESPACIO A CONTINUACIÓN

**REVOCATORIA DE LA AUTORIZACIÓN PARA
REVELAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE
SALUD (IPS)**

Formulario 7075-3/03 del Registro Médico
**Hospitales de la División de Medicina de la
Universidad de Texas
Galveston, Texas**

Registro Médico - Original