



**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD
SENSITIVA PARA FINES DE TRATAMIENTO
AL PCP, HOSPITAL O ESPECIALISTA**

Por favor complete, firme y devuelva este formulario **SOLAMENTE** si usted cambió de opinión y **NO** desea que su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), hospital o al especialista que administra su cuidado vea información de salud sensitiva electrónica que el Programa de Salud HUSKY (HUSKY) tiene acerca de usted de otros proveedores. Recuerde que su PCP, hospital o al especialista puede usar esta información acerca de usted para fines de tratamiento y gestión de la atención **SOLAMENTE**.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	# de identificación de HUSKY
Dirección Línea 1	Dirección Línea 2	Ciudad, Estado, Código Postal	
Número de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico		

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (complete solamente lo que usted sepa)			
Nombre del Proveedor	Nombre del Centro Médico	Número de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico
Dirección Línea 1	Dirección Línea 2	Ciudad, Estado, Código Postal	

Deseo que HUSKY DEJE DE COMPARTIR la siguiente información sensitiva con mi PCP, hospital o al especialista acerca de (marque todos los que aplican):		
<input type="checkbox"/> Salud Mental	<input type="checkbox"/> Alcohol y/o Registros de Tratamiento de Drogas	<input type="checkbox"/> Información Relacionada con el HIV

FIRMA			
Firma del Miembro o del Representante del Miembro	Nombre de la persona que firmó en letra de molde	Si es el Representante, relación con el Miembro	Fecha

Notas al Miembro:

- La firma en este formulario no le impedirá obtener servicios o beneficios bajo HUSKY.
- Tan pronto como hayamos recibido y procesado este formulario, dejaremos de compartir la información que usted marcó anteriormente con su PCP, hospital o al especialista. Si ya hemos compartido tal información basados en su consentimiento, sin embargo, no hay nada que podamos hacer al respecto.
- En cualquier momento, usted puede cambiar de opinión y dar su consentimiento otra vez para compartir su información sensitiva con su PCP, hospital o al especialista. Usted sólo necesita completar un nuevo formulario de consentimiento y enviárnoslo a nosotros.

POR FAVOR ENVIAR POR CORREO TODOS LOS FORMULARIOS COMPLETOS A:

HUSKY Health Program
Attention: Compliance
P.O. Box 5005
Wallingford, CT 06492

Servicios de Compromiso al Miembro del Programa de Salud HUSKY 1.800.859.9889