



# Revocación de autorización para uso y divulgación de la información sobre la salud

Quiero cancelar o revocar el permiso que otorgué a Wellcare Prime by Absolute Total Care (plan de Medicare-Medicaid) para usar mi información de salud con un propósito particular o para compartir mi información de salud con una persona o un grupo:

## PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de firma de la autorización (si se conoce): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_\_ Número de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_

Comprendo que es posible que mi información de salud (incluidos, cuando corresponda, mis registros de trastornos por abuso de sustancias) ya se haya usado o compartido debido al permiso que otorgué anteriormente. También entiendo que esta cancelación se aplica únicamente al permiso que di para utilizar mi información de salud para un fin específico o para compartir mi información de salud con la persona o grupo. No cancela ningún otro formulario de autorización que haya firmado para que mi información de salud se use con otro propósito o para que se comparta con otra persona u otro grupo.

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*(Firma del afiliado o representante legal)*

SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL - Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Si firma por el afiliado, describa su relación. Si usted es el representante legal o personal del afiliado, describa la relación y envíenos copias de estos formularios (como un poder legal o una orden de tutela).

Wellcare Prime dejará de usar o compartir su información de salud cuando recibamos y procesemos este formulario. Envíe este formulario a la dirección postal que figura a continuación. También puede llamar para pedir ayuda al número que figura a continuación.

**Para obtener ayuda con este formulario, llame a Servicios para afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711).** Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados nacionales es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada durante el próximo día hábil.

**ENVÍE EL FORMULARIO DE REVOCACIÓN COMPLETO Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A**

**Absolute Total Care, ATTN: Compliance Department  
100 Center Point Circle, Suite 100, Columbia, SC 29210**

Wellcare Prime by Absolute Total Care (plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Healthy Connections de Carolina del Sur para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-735-4398 (TTY: 711) from 8:00 a. m. to 8:00 p. m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on federal holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.