

**Revocación de Autorización  
para el Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud**

**Información del Afiliado**  
(Individuo cuya información no será revelada)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**(En letra de Molde)** **Día / Mes / Año**  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Pueblo: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ **(Número que aparece en su tarjeta de asegurado)**

---

Por la presente, autorizo a MMM Multi Health a cancelar la autorización a divulgar información protegida de Salud a la siguiente persona o entidad:

\_\_\_\_\_  
**(Insertar nombre de la persona autorizada previamente)**

Esta cancelación de la autorización es efectiva el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Día / Mes / Año**

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado o Representante del Afiliado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si esta autorización es firmada por el representante legal asignado, favor de proveer documentación del representante como lo es requerido por la Ley Estatal (ej. Poder Notarial, Delegado de Cuidado de Salud).

Una vez complete esta cancelación, favor de enviarla a Servicio al Cliente de MMM Healthcare por correo a la dirección postal que aparece en el encabezado del documento o entregarlo en cualquiera de nuestras oficinas regionales.