

Revocation Form- Spanish
FORMULARIO DE ANULACIÓN

Información del Paciente:

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Dirección			Nº de Teléfono durante el día
Ciudad, Estado, Código Postal			

Autorizaciones a ser anuladas:

Por favor, coloque a continuación una marca en las autorizaciones que desee anular y proporcione toda la información conocida.

- Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida (*Protected Health Information*)**

Fecha de la Autorización Original: _____

- Autorización para la Divulgación de Información a través de *Care Everywhere***

Fecha de la Autorización Original: _____

- Poder Notarial para los Cuidados Médicos (*Healthcare POA*)**

Fecha de la Autorización Original: _____

- Testamento Vital (*Living Will*)**

Fecha de la Autorización Original: _____

- Permiso para Tratar a Menores de Edad (*Treatment of Minors*)**

Fecha de la Autorización Original: _____

- Permiso para la Comunicación Verbal (*Verbal Communication*)**

Fecha de la Autorización Original: _____

Anulación del Permiso para la Comunicación Verbal con la(s) siguiente(s) persona(s): _____

(Continuación al dorso)

A9001304 (5/13)

Patient Label

Brazalete de Orden de No Reanimar (*Do Not Resuscitate / DNR*)

Fecha de la Autorización Original: _____

Un paciente puede anular un Brazalete de No Reanimar destruyendo o quitándose el brazalete, o solicitando que otra persona le quite el brazalete. Por favor, complete la siguiente sección para documentar la anulación.

Fecha de la Anulación: _____

Hora de la Anulación: _____

Lugar de la Anulación: _____

Autorización:

Yo, _____, por la presente anulo el(los) documento(s) indicados anteriormente. Entiendo que esta anulación no es pertinente a ninguna acción tomada por Dean Clinic antes de haber completado este formulario. Otras regulaciones pueden regir las Autorizaciones que están firmadas como una condición para obtener la cobertura del seguro médico.

Firma (*Signature*)

Fecha (*Date*)

Si esta Autorización es firmada por un representante en nombre del paciente, por favor complete lo siguiente:

Nombre del Representante (*Representative's Name*)

Relación con el Paciente (*Relationship to Patient*)

Por favor, envíe el formulario completado a:

Dean Clinic – Health Information

Attn: Scanning

PO Box 259840

Madison, WI 53725-9840

Teléfono: (608) 294-6244

Número con Tarifa Gratuita: (877) 510-1873

Fax: (608) 294-6280

Fax con Tarifa Gratuita: (866) 302-3326