

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT DALLAS
CALLIER CENTER FOR COMMUNICATIUN DISORDERS

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Nombre: _____ Número de teléfono diurno _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Con mi firma a continuación, por la presente revoco (Marque una opción):

- 1. La autorización adjunta o de la que se adjunta copia.
- 2. La autorización para el acceso, el uso o la divulgación de los registros de la persona antes mencionada con fecha __ para (especifique la información que fue objeto de la autorización, la persona autorizada y el propósito de la autorización con suficiente detalle para identificar el autorización revocada). _____

Entiendo que, si se marca la Casilla (1), esta revocación no entrará en vigencia a menos que se adjunte la autorización o una copia de la autorización que se revoca.

Firma: _____ Fecha: _____

Si la revocación está firmada por un Representante personal del individuo:

Nombre impreso del Representante personal: _____

Autoridad del representante para actuar en nombre del individuo: _____

Si lo firma un Representante personal de la persona, se requiere verificación de que usted es actualmente el representante de esta persona según la ley estatal a los efectos de presentar esta Revocación de autorización antes de que se pueda actuar en consecuencia. Adjunte cualquier documento que respalde esta autoridad (poder notarial, orden judicial, etc.). Como representante de esta persona, ¿podemos comunicarnos con usted a la dirección, al correo electrónico o al número de teléfono que figuran arriba? Sí No

En caso contrario, proporcione su dirección postal, dirección de correo electrónico y número de teléfono:

Dirección: _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Este formulario debe entregarse al siguiente:

Oficial de Privacidad de HIPAA
UT Dallas Callier Center
1966 Inwood Road
Dallas, TX 75235

Para uso exclusivo de Callier Center

Persona que procesa la solicitud: _____

Fecha de recepción de la solicitud de revocación: _____

¿Se adjunta formulario de autorización revocada? Sí No

Callier Center u otra oficina informada el _____

¿Aprobado? Sí No

Departamento de Registros Médicos notificado el _____