

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE USO Y/O DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Usted tiene derecho a revocar una autorización previa para usar y divulgar su Información Protegida de Salud en cualquier momento completando el Formulario. La revocación estará en vigor para futuros usos y divulgaciones y no afectará los usos y divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo en vigor. A menos que usted nos remita una nueva autorización escrita luego de realizar una revocación, no podremos usar o divulgar su Información Protegida de Salud para ninguna otra razón.

Usted puede someter su solicitud dirigiéndola al **Principal Oficial de Cumplimiento y Privacidad de First Medical Health Plan, Inc.**, al **PO Box 191580, San Juan, PR 00919-1580**, a través del correo electrónico: cumplimiento@firstmedicalpr.com, facsímil 787-300-3913 o entregándola directamente en cualquiera de las Oficinas de Servicio de First Medical Health Plan, Inc.

I. Información del Beneficiario/Suscriptor:		
Nombre:	Segundo Nombre:	Apellidos:
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):		Número de Identificación del Plan/Número de Contrato:
Dirección:		
Teléfono Principal:		Teléfono Alternativo:
Correo Electrónico: _____		
☐ Autorizo a First Medical a enviar información a mi correo electrónico de forma segura (<i>Cifrada</i>).		
II. Declaración de Revocación		
Por este medio revoco la autorización previamente otorgada para uso y divulgación de mi Información Protegida de Salud a la siguiente persona u organización		
III. Nombre de la Persona u Organización/Relación con el Beneficiario/Suscriptor:		
_____ _____ _____		
IV. Vigencia		
Esta revocación de uso y/o divulgación será efectiva a partir de la fecha: _____		
V. Firma		
Firma de Beneficiario/Suscriptor:		Fecha:
Si usted es un Representante Legal del Beneficiario/Suscriptor, deberá:		
1. Indicar su nombre completo: _____ 2. Describir su autoridad para actuar por el Beneficiario/Suscriptor (por ejemplo: poder, orden judicial o certificación médica) _____ 3. Proveer una copia del documento legal que lo nombra Representante Legal. Un documento de representación del Seguro Social no es admisible para propósito de este formulario (favor de solicitar asistencia a un Representante de Servicio al Cliente).		
Firma del Representante Legal: _____		Fecha: _____

Para Uso exclusivo de FMHP Departamento de Cumplimiento-Unidad de Privacidad

- ☐ Solicitud Aceptada
☐ Solicitud Denegada Razón: _____
☐ Se notifico al Beneficiario/Suscriptor Fecha: _____

Si necesita información adicional, comuníquese con la Unidad de Privacidad de First Medical Health Plan, Inc., al 787-474-3999, extensión 2108/2583. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

El Departamento de Servicio al Cliente ofrece servicios de intérprete de idiomas y lenguaje de señas libre de costo. Esto incluye, servicio de formatos alternos tales como: Braille, letra agrandada y traducción a otros idiomas, verbal o escrito, entre otros. Si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece al dorso de su tarjeta del plan.

The Customer Service Department offers free language interpreter services and sign language. This includes services in alternate formats such as Braille, large print, and translation to other languages, verbally or written, among others. If you need plan information in another format or language, please contact our Customer Service Department at the number on the back of your plan card.

First Medical cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. **First Medical** complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

First Medical 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。