

**FORMULARIO DE REVOCACIÓN DE DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE WELLCARE SEGÚN LA LEY HIPAA**

Este formulario se utiliza para confirmar la revocación de la autorización de un miembro para que el plan de salud\* pueda discutir o compartir Información Protegida sobre la Salud (PHI) con una persona particular que actúe como representante personal del miembro.

**Sección A – Revocación de la autorización para divulgar información**

Al firmar este formulario, entiendo y acuerdo que ahora estoy revocando mi autorización anteriormente proporcionada al plan de salud, firmada y fechada el \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa), para divulgar mi PHI a mi representante personal. Esa autorización permitía que el plan de salud divulgara, utilizara y revelara mi PHI a la persona nombrada en la **Sección B**, a continuación.

Entiendo que esta revocación no se aplica a ninguna acción que el plan de salud haya realizado de conformidad con la autorización previamente firmada. Además, entiendo que tal revocación no anulará ninguna otra autorización para divulgar la información que yo haya proporcionado al plan de salud.

Nombre del miembro en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento  
(mm/dd/aaaa)

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de ID de miembro: \_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_\_ Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

\* El plan de salud es WellCare Health Plans, Inc. (“WellCare”). Este formulario de divulgación se aplica a cada uno de los siguientes planes de salud: WellCare of Florida, Inc., HealthEase of Florida, Inc., WellCare of New York, Inc., WellCare of Connecticut, Inc., WellCare of Louisiana, Inc., WellCare Health Insurance of Illinois, Inc., WellCare Prescription Insurance, Inc., Harmony Health Plan of Illinois, Inc., Harmony Behavioral Health, Inc., WellCare of Georgia, Inc., WellCare of Ohio, Inc., WellCare Specialty Pharmacy, Inc., WellCare Health Insurance of Arizona, Inc., WellCare of Texas, Inc., WellCare Health Insurance of Illinois, Inc. d/b/a WellCare of Kentucky, Inc., y WellCare Health Plans of New Jersey, Inc.

**Sección B - Representante personal**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Sección C – Fecha de vigencia de la revocación**

Esta revocación de autorización para utilizar o divulgar información protegida sobre la salud tiene vigencia a partir del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
mm dd aaaa

**Sección D – Firma/autorización**

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro/representante personal (si corresponde)

Fecha: \_\_\_\_\_