



---

**Primero Lee esta información**

Usted deberá completar este documento si usted desea revocar (cancelar) la autorización realizada a nombre de ValueOptions para utilizar o divulgar información médica a personas que pudiesen estar envueltas en decisiones relacionadas al cuidado de su salud. Esta revocación será efectiva inmediatamente al recibir ValueOptions este documento completado.

**\*\*\*Envíe este documento a:**

---

**Paso 1: Complete la información demográfica de la persona recibiendo los servicios:**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nombre Fecha de Nacimiento
3. \_\_\_\_\_ 4. (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección Teléfono de la casa
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado Principal Seguro Social del Asegurado Principal

---

**Paso 2: Indica la persona quien usted está retirando la autorización a que reciba o utilice información médica suya:**

7. \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona autorizada
8. \_\_\_\_\_  
Dirección de la persona autorizada

---

**Paso 3: Complete y firme para la revocación de autorización de expedientes de alcohol y abuso de sustancias:**

**NO AUTORIZO A PROVEER INFORMACION CONFIDENCIAL RELACIONADA AL ABUSO DE ALCOHOL Y/O DROGAS**

9. \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Persona recibiendo servicios o Mes Día Año  
Firma del Representante personal\*\*
10. \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor (Si es requisito de ley) Mes Día Año

---

**Paso 4: Complete su confirmación que usted entiende que:**

- Al completar este formato de revocación, la persona indicada no tendrá más acceso a su información de salud protegida;
- La revocación de esta autorización no afectará sus beneficios, los pagos de reclamaciones o el cuidado que usted recibe bajo los beneficios del plan;
- Usted tiene el derecho de recibir una copia firmada de este formato de revocación; y
- La comunicación confidencial entre el paciente y el psicólogo certificado se mantiene intacto (Para residentes de New Jersey solamente)

11. \_\_\_\_\_ Fecha  
Persona recibiendo servicios o \*\*  
Firma del Representante personal

12. \_\_\_\_\_ Fecha  
Relación con Representante personal \*\*

\*\* *Incluye la copia del documento legal que otorga potestad*