



---

1. Entiendo que puedo revocar esta designación de representante de HIPAA en cualquier momento y que, para hacerlo, debo notificar por escrito al director de Administración de Información de Salud a la siguiente dirección: 55 Water Street, 12<sup>th</sup> Floor, Rm 12G09, New York, NY 10041. Sin embargo, si revoco la autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones realizadas por AdvantageCare Physicians antes de recibir la revocación.

2. Entiendo que el firmar o no firmar esta Autorización no condiciona mi tratamiento o pago por tratamiento.

3. Entiendo que la información divulgada de conformidad con este formulario puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no estará protegida por HIPAA.

4. Entiendo que esta autorización: (marcar solo una opción)

vencerá 1 año después de la fecha de ejecución; o

tendrá vigencia durante toda la vida del paciente a menos que sea revocada (ver el punto 1 más arriba).

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

:

Fecha: