



ORTHOPAEDIC AND SPINE INSTITUTE

FORMULARIO DE ANULACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Yo, _____, por este medio revoco la autorización para revelar información que proporcioné al INSTITUTO ORTOPÉDICO Y DE COLUMNA VERTEBRAL (ORTHOPAEDIC & SPINE INSTITUTE) que permitió que el INSTITUTO ORTOPÉDICO Y DE COLUMNA VERTEBRAL (ORTHOPAEDIC & SPINE INSTITUTE) usara y revelara mi información médica protegida como está estipulado en el Formulario de Autorización del INSTITUTO ORTOPÉDICO Y DE COLUMNA VERTEBRAL (ORTHOPAEDIC & SPINE INSTITUTE), el cual firmé en esta fecha: _____ para revelar mi información médica protegida a _____. Yo entiendo que esta anulación no aplica a las acciones que el INSTITUTO ORTOPÉDICO Y DE COLUMNA VERTEBRAL (ORTHOPAEDIC & SPINE INSTITUTE) tomó basado en la autorización que firmé previamente. Esta anulación no revoca ninguna de las autorizaciones para revelar información que le he proporcionado al INSTITUTO ORTOPÉDICO Y DE COLUMNA VERTEBRAL (ORTHOPAEDIC & SPINE INSTITUTE) previamente.

Nombre del individuo y Fecha

PROVISIONES ESPECIALES

En esta sección el individuo deberá indicar cualquier tipo de provisiones especiales relacionadas con la anulación de la autorización.

Nombre del individuo y Fecha