

# Revocación de Autorización para Divulgación de Información de Salud

Use este formulario para revocar o retirar el permiso para obtener o compartir información de salud.

## Información personal del miembro

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de ID del miembro o suscriptor \_\_\_\_\_

## ¿Quién está revocado de obtener y compartir mi información?

Revoco el permiso a UnitedHealthcare y sus afiliadas a obtener o compartir mi información de salud con:

\_\_\_\_\_  
Nombre completo de la persona o nombre de la organización

\_\_\_\_\_  
Nombre completo de la persona o nombre de la organización

## Firma

Al firmar abajo, entiendo y acepto que:

- Esta revocación es voluntaria.
- No me pueden negar el tratamiento o el pago del cuidado de la salud si no firmo este formulario. No me pueden negar el derecho a recibir cuidado de la salud si no firmo este formulario.
- La cancelación de mi permiso entra en vigencia en la fecha en que mi solicitud es procesada.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro o representante del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (*para residentes de Illinois solamente*)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nota: Si usted es un tutor o representante designado por un tribunal, llene la sección en la parte de atrás de esta página. Además debe adjuntar una copia de su autorización legal para representar al miembro.

## Información del tutor o representante designado por un tribunal

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

**¿Está listo para enviar el formulario llenado?**

Envíe el formulario llenado y firmado a:

UnitedHealthcare Community and State  
PO Box 30753  
Salt Lake City, UT 84130

Fax: 1-844-386-9286

Conserve una copia de este formulario en su archivo personal.

## **Aviso de derechos civiles**

**La discriminación es ilegal.** Rocky Mountain Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, género, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Rocky Mountain Health Plans proporciona ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidense calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)

Rocky Mountain Health Plans ofrece servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio para Miembros al **1-877-668-5947** (TTY/TDD **711**).

Si considera que Rocky Mountain Health Plans no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, género, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante:

**Civil Rights Coordinator**  
**UnitedHealthcare Civil Rights Grievance**  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UT 84130

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

En línea: [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)

Por correo:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Por teléfono: **1-800-368-1019** (TDD: **1-800-537-7697**)

Los formularios de reclamos están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

# 1-877-668-5947, TTY 711

**English:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the toll free number above.

**Español:** ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia de idiomas están disponibles para usted sin cargo. Llame al número de teléfono gratuito que se indica arriba.

**Tiếng Việt:** LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số điện thoại miễn phí ở trên.

**中文:** 注意: 如果您說中文, 您可獲得免費語言協助服務。撥打上方免費電話。

**한국어:** 참고: 한국어를 구사하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 상기 수신자 부담 전화번호로 전화하십시오.

**Русский:** ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика. Позвоните по указанному выше бесплатному номеру.

**አማርኛ:-** ትኩረት:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች፣ በነጻ ክፍያ፣ ለእርስዎ ይገኛሉ። ከላይ ባለው ከክፍያ ነጻ ቁጥር ይደውሉ።

**العربية:** تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجانًا. اتصل بالرقم المجاني أعلاه.

**Deutsch:** HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Rufen Sie die oben aufgeführte kostenfreie Nummer an.

**Français :** ATTENTION : si vous parlez français, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Composez le numéro gratuit ci-dessus.

**नेपाली:** ध्यान दिनुहोस: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंका लागि भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क उपलब्ध छन्। माथिको टोल

**Tagalog:** PANSININ: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang libreng mga serbisyong pantulong sa wika. Tawagan nang libre ang numero sa itaas.

**日本語:** 注意: 日本語をお話しになる場合は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。上記のフリーダイヤル番号までお電話ください。

**Afaan Oromoo:** XIYYEEFFANNOO: Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajilli gargaarsa afaanii, kaffaltii malee isiniif ni argama. Lakkoobsa waamicha bilisaa armaan olii irratti bilbilaa.

**فارسی:** توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات ترجمه زبان به صورت رایگان به شما ارائه خواهد شد. با شماره رایگان بالا تماس بگیرید.

**Polski:** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi wsparcia językowego. Zadzwoń pod darmowy numer podany powyżej.