



REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Yo, _____ residente en _____, ciudad de _____, estado de _____, por medio del presente documento revoco autorización a:

**Elixir Pharmacy
7835 Freedom Avenue N.W.
North Canton, OH 44720**

para revelar información protegida de salud de:

Nombre: _____
(Paciente)

Dirección: _____

Ciudad, estado, zip: _____

Mi revocación se extiende a los siguientes elementos de datos o documentos rubricados con mis iniciales:

- _____ Estados de cargos o pagos
- _____ Historia de medicamentos dispensados, incluyendo nombres de los medicamentos y cantidad pagada
- _____ Datos de todos los productos farmacéuticos dispensados
- _____ Copias de los datos o reportes suministrado a la entidad o individuo mencionado arriba
- _____ Reportes de consultas
- _____ Todo lo de arriba
- _____ Otro (Tiene que especificar): _____

Este revocación la expido libremente con el entendimiento de que:

1. Revelaciones hechas de buena fe pueden haber ocurrido ya en base a mi autorización previamente emitida y que esta revocación no puede aplicarse retroactivamente a tales revelaciones. También comprendo que la revelación de información de salud puede ser exigida por la ley en algunos casos, como por ejemplo para la notificación de enfermedades contagiosas.
2. Drug Source, Inc., sus empleados, directores y farmacéuticos quedan eximidos de toda responsabilidad legal por la revelación de información que autorice anteriormente.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha

Firma del paciente (o Guardián si el paciente es menor de edad)

Fecha

Número del Seguro Social (para identificación solamente)

Testigo

Fecha