



**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 Specialty 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