



CONDADO DE PLACER

Revocación de la Autorización del Cliente

Este aviso revoca la autorización para el uso y divulgación de la Información de Salud Protegida ("PHI" por sus siglas en inglés) y otra información confidencial para:

Nombre del Cliente: _____
(letra de molde)

I.D.#: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Agencia o Nombre individual para revocar la autorización de:

Cualquier agencia o persona adicional no mencionadas anteriormente continua estando autorizada para recibir la información según mi lanzamiento anterior

Fecha de Autorización: _____

Fecha de Recepción del Formulario: _____

Fecha Efectiva de Revocación: _____

La "PHI" y otra información confidencial que se recopila *en o después de la fecha en que este formulario es recibido* por el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Placer ("Condado de Placer") no será utilizado ni divulgado por el Condado de Placer para los fines especificados en la autorización que es revocada. Esta revocación de la autorización no limitará la capacidad del Condado de Placer para solicitar el pago de los servicios que se proporcionan bajo una autorización anterior, ni para cumplir con las obligaciones legales relacionadas con esos servicios, ni afectará los usos o divulgaciones bajo la autorización revocada que ocurrieron antes de la fecha efectiva de esta revocación.

Firma del Cliente/Representante del Cliente: _____

Fecha: _____