

**Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California**

**Revocación/Cancelación de una autorización anterior**

265 Hegenberger Rd, Suite 100 \* PO Box 2280, Oakland, CA 94621

Tel. (510) 633-0333 \* (888) 547-2054 \* Fax (510) 633-0215



---

Nombre: \_\_\_\_\_ SSN, CFAO ID#, or UBC#: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de este documento **revoco/cancelo** una autorización que otorgué el \_\_\_\_\_ de 20\_\_ referente al uso o divulgación de mi información médica.

1. Persona/organización específica (*o clase de personas*) que fue autorizada para **proporcionar** la información:

\_\_\_\_\_

2. Persona/organización específica (*o clase de personas*) que fue autorizada para **recibir** y usar la información:

\_\_\_\_\_

3. **Descripción específica de la información que se permitió usar o divulgar.**

*(Incluya las fechas según sea apropiado):*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Entiendo que la revocación/cancelación sólo entra en vigencia **después** de que el funcionario de privacidad la reciba y registre. Entiendo que cualquier uso o divulgación que se haya hecho antes de la fecha de esta revocación/cancelación no será afectado por esta solicitud de revocación/cancelación.

---

**Firma de la persona**

**Fecha**

**o bien**

---

**Firma del representante personal**

**Fecha**

Si un representante personal firma este formulario, ese representante afirma que tiene autoridad para firmar el formulario de autorización con base en:

Un formulario de representante personal, firmado;

Otro: \_\_\_\_\_

---

**Acuse de recibo del funcionario de privacidad:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_