

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>

Aviso de Revocación de la Divulgación de Información

Release of Information Revocation Notice

Página 1 de 1

Page 1 of 1

Dirección del paciente _____
Patient address

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
City State ZIP

Número de teléfono particular _____
Home telephone number

Por medio del presente revoco la autorización para divulgar información que yo mismo generé el
I hereby revoke the Release of Information Authorization generated by me on

(fecha: mes/día/año) _____ / _____ / _____ a:
(date: month/day/year) to:

Nombre de la persona u organización _____
Person or organization name

Dirección _____
Address

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
City State ZIP

Comprendo que esta revocación de la autorización para divulgar información no será válida en aquellos casos en los que Marshfield Clinic Health System ya haya utilizado o divulgado mi información de salud en virtud de mi autorización.
I understand that this revocation of the Release of Information Authorization will not be valid where Marshfield Clinic Health System has already used or disclosed my health information in reliance upon my authorization.

Firma del paciente (O de la persona autorizada para dar consentimiento en nombre del paciente)
Patient signature (Person authorized to consent for patient)

(Relación con el paciente)
(Relationship to patient)

_____/_____/_____
Fecha de firma (m/d/a)
Signature date (m/d/y)

Envíe la solicitud completa a Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449
Fax: 715-221-6992 Correo electrónico: medicalrecords@marshfieldclinic.org

Send completed form to Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449
Fax: 715-221-6992 E-mail: medicalrecords@marshfieldclinic.org