

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 fomulario finalizado a: Health Information Management, HM2, Marshfield Clinic Health System, 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Fax: 715-389-0564 Correo electrónico: him.specialconditions@marshfieldclinic.org**  
**Send completed form to: Health Information Management, HM2, Marshfield Clinic Health System, 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Fax: 715-389-0564 E-mail: him.specialconditions@marshfieldclinic.org**