

# FORMULARIO DE REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS MIEMBROS (ASCFI)

Utilice este formulario si desea retirar su consentimiento para que los socios de atención comparten ciertos tipos de su información.

El formulario de revocación de ASCMI solo debe utilizarse si usted ha firmado previamente el formulario ASCMI (ya sea AB 133 o no AB 133) dando su consentimiento para compartir su información.

## Información del cliente

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

Número de índice de cliente de Medi-Cal (según corresponda)<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Dirección postal<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal (opcional): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (opcional): \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

Al completar el formulario de revocación de ASCMI, cualquier dato que haya seleccionado "Sí" para compartir en el formulario de ASCMI se cambiará a "No / No se aplica a mí." Esto puede incluir cualquiera de los siguientes tipos de información que se enumeran a continuación. Si solo desea cambiar algunas de sus preferencias de consentimiento, complete un nuevo formulario ASCMI.

## Formulario ASCMI (AB 133 y no AB 133)

- » Información sobre trastornos por consumo de sustancias protegida por la Parte 2 del Título 42 del CFR.
- » Información sobre su vivienda, incluyendo su situación de vivienda, historial y ayudas recibidas.

## Formulario ASCMI (solo para formularios no AB 133)

- » Información sobre salud mental.
- » Información sobre discapacidad intelectual y del desarrollo.
- » Resultados de la prueba del VIH.
- » Resultados de pruebas genéticas.

<sup>1</sup> El número de índice del cliente son los primeros nueve caracteres del número de identificación ubicado en el frente de la tarjeta de identificación de beneficios del miembro de Medi-Cal.

<sup>2</sup> Puede ser cualquier dirección donde pueda recibir correo, incluyendo la dirección de un amigo, refugio o familiar.

# **FORMULARIO DE REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS MIEMBROS (ASCMI)**

Nombre del cliente	Firma del Cliente	Fecha (mm/dd/aaaa)
Nombre del padre o madre/tutor/ representante legal	Firma del padre o madre/tutor/ representante legal	Fecha (mm/dd/aaaa)