

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

Utilice este formulario si desea retirar su consentimiento para que los socios de atención compartan 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)¹: _____

Dirección postal²: _____

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.

¹ 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.

² 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 (ASCFI)

| | | |
|--|---|--------------------|
| 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) |