

Revocation of Authorization

Revocación de Autorización

Cancel a Prior Release of Records
Cancelar una Divulgación de Expedientes Anterior

Use this form to revoke a records-release authorization you signed earlier. Fields marked * are required.
Use este formulario para revocar una autorización de divulgación de expedientes que firmó anteriormente. Los campos marcados con * son obligatorios.

1. About You (Patient Information)

Acerca de Usted (Información del Paciente)

Patient full name
Nombre completo del paciente *

Date of birth
Fecha de nacimiento *

MM/DD/YYYY

Phone
Teléfono

Email
Correo electrónico

Address
Dirección

2. Authorization Being Revoked

Autorización que se Revoca

Use this form to cancel (revoke) a release-of-records authorization you previously signed. If you know the details of the authorization, list them below — this helps us find and stop it.
Use este formulario para cancelar (revocar) una autorización de divulgación de expedientes que firmó anteriormente. Si conoce los detalles de la autorización, indíquelos abajo; esto nos ayuda a localizarla y detenerla.

Date of the authorization (if known)
Fecha de la autorización (si la conoce)

MM/DD/YYYY

Facility / party it was sent to
Centro / parte a quien se envió

Anything else that identifies it (optional)
Cualquier otro dato que la identifique (opcional)

3. Effect of Revocation

Efecto de la Revocación

I revoke the authorization described above. I understand this revocation takes effect when Hoang Medical Corporation receives it, and that it does not apply to information already disclosed while the authorization was in effect.

Revoco la autorización descrita arriba. Entiendo que esta revocación surte efecto cuando Hoang Medical Corporation la recibe, y que no se aplica a la información ya divulgada mientras la autorización estuvo vigente.

4. Sign Here

Firme Aquí

☐ I have read and understand this form and am signing it voluntarily.

He leído y comprendo este formulario y lo firmo voluntariamente. *

Signature

Firma *

Sign above with your finger or mouse.

Firme arriba con el dedo o el ratón.

Printed name

Nombre en letra de molde: _____

Date signed

Fecha de firma

MM/DD/YYYY

Witness (optional)

Testigo (opcional)

Communication by Email — Acknowledgment of Risk. Hoang Medical Corporation offers secure ways to send us forms and health information, including our online patient forms and secure fax. If you choose to send health information to us from your own email account (for example, Gmail, Yahoo, iCloud, or Outlook), ordinary email is not encrypted end-to-end and may be read by others while in transit or stored on your email provider's servers. By choosing to email us, you accept this risk. You are never required to use email — you may use our secure online forms, fax, mail, or telephone instead. Do not use email for urgent or emergency matters; if you have a medical emergency, call 911.

Comunicación por correo electrónico — Reconocimiento del riesgo. Hoang Medical Corporation ofrece maneras seguras de enviarnos formularios e información de salud, incluyendo nuestros formularios para pacientes en línea y el fax seguro. Si usted decide enviarnos información de salud desde su propia cuenta de correo (por ejemplo, Gmail, Yahoo, iCloud u Outlook), el correo electrónico común no está cifrado de extremo a extremo y otras personas podrían leerlo mientras se transmite o mientras está almacenado en los servidores de su proveedor de correo. Al decidir enviarnos un correo, usted acepta este riesgo. Nunca está obligado a usar el correo electrónico — puede usar nuestros formularios seguros en línea, el fax, el correo postal o el teléfono. No use el correo electrónico para asuntos urgentes o de emergencia; si tiene una emergencia médica, llame al 911.

OFFICE USE ONLY

USO INTERNO SOLAMENTE

Received date

Fecha de recepción

MM/DD/YYYY

Received by (initials)

Recibido por (iniciales)

☐ Verified & matched to patient chart

Verificado y asociado al expediente del paciente

Notes

Notas