Terminación de la autorización o restricción

Este formulario podrá ser empleado para terminar una autorización previamente concedida o una restricción solicitada.
Todos los campos son obligatorios. Los formularios que estén incompletos o con errores se devolverán a la dirección del miembro que conste en su expediente.

Información del miembro: para la persona que realiza la solicitud de terminación ("Miembro")	
Nombre:	**Número de identificación:**
Dirección particular:	
Ciudad, estado, código postal:	
Fecha de nacimiento:	**Número de teléfono:**

Solicitud de terminación: por la presente, el Miembro solicita a Tufts Health Plan* que termine lo siguiente:	
☐ Autorización para divulgar información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés)	Nombre del destinatario:
☐ Designación del representante	Nombre del representante:
☐ Solicitud de restricción	Nombre de la persona restringida:

Firma

Declaro que la siguiente firma es la mía y que estoy legalmente autorizado a firmar este documento.

Firma del Miembro o representante personal**

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Relación, si no es el Miembro**

**Esta Terminación solo será válida si está firmada por el Miembro, el padre/madre o el tutor del Miembro (si este es menor de edad) o el representante personal del Miembro (por ejemplo, un poder notarial, un poder de atención médica, etc.). Si usted no es el Miembro, indique su relación con el Miembro antes mencionado y presente una copia de la documentación legal aplicable si es un representante personal (si no se ha proporcionado ya).

Devuelva el formulario cumplimentado y la documentación legal de respaldo (si corresponde) a:

Por FAX:	**Por CORREO:**
Con atención a: Servicios para Miembros 1-857-304-6343	Tufts Health Plan Con atención a: Servicios para Miembros - Planes públicos PO Box 524 Canton, MA 02021

Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, comuníquese con un representante de Servicios para Miembros de Tufts Health Plan al 1-888-257-1985 o TTD: 711.

*Para los propósitos de esta Terminación, Tufts Health Plan incluye Harvard Pilgrim Health Care, Inc., Harvard Pilgrim Health Care of New England, Inc., HPHC Insurance Company, Inc., Harvard Pilgrim Group Health Plan, Tufts Associated Health Maintenance Organization, Inc., Tufts Health Public Plans, Inc., Tufts Insurance Company, CarePartners of Connecticut, Inc. y Tufts Associated Health Plans, Inc., y todos sus afiliados actuales y futuros. Esta Terminación también se aplica a los proveedores que actúan en representación de las entidades antes mencionadas.