

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT DALLAS  
CALLIER CENTER FOR COMMUNICATIUON DISORDERS  
**REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono diurno \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Con mi firma a continuación, por la presente revoco (Marque una opción):

1.  La autorización adjunta o de la que se adjunta copia.
2.  La autorización para el acceso, el uso o la divulgación de los registros de la persona antes mencionada con fecha \_\_\_\_\_ para (especifique la información que fue objeto de la autorización, la persona autorizada y el propósito de la autorización con suficiente detalle para identificar el autorización revocada).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que, si se marca la Casilla (1), esta revocación no entrará en vigencia a menos que se adjunte la autorización o una copia de la autorización que se revoca.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si la revocación está firmada por un Representante personal del individuo:

Nombre impreso del Representante personal: \_\_\_\_\_

Autoridad del representante para actuar en nombre del individuo: \_\_\_\_\_

Si lo firma un Representante personal de la persona, se requiere verificación de que usted es actualmente el representante de esta persona según la ley estatal a los efectos de presentar esta Revocación de autorización antes de que se pueda actuar en consecuencia. Adjunte cualquier documento que respalde esta autoridad (poder notarial, orden judicial, etc.). Como representante de esta persona, ¿podemos comunicarnos con usted a la dirección, al correo electrónico o al número de teléfono que figuran arriba?  Sí  No

En caso contrario, proporcione su dirección postal, dirección de correo electrónico y número de teléfono:

Dirección: \_\_\_\_\_  
(calle) \_\_\_\_\_ (ciudad) \_\_\_\_\_ (estado) \_\_\_\_\_ (código postal) \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Este formulario debe entregarse al siguiente:

**Oficial de Privacidad de HIPAA**  
**UT Dallas Callier Center**  
1966 Inwood Road  
Dallas, TX 75235

**Para uso exclusivo de Callier Center**

Persona que procesa la solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción de la solicitud de revocación: \_\_\_\_\_

¿Se adjunta formulario de autorización revocada?  Sí  No

Callier Center u otra oficina informada el \_\_\_\_\_

¿Aprobado?  Sí  No

Departamento de Registros Médicos notificado el \_\_\_\_\_