



REVOCACIÓN DE MI AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, _____ (nombre del paciente), por la presente revoco mi autorización anterior de ____
/ ____ / ____ (fecha de autorización) que anteriormente permitía a Women's Health Associates of Southern
Nevada, PLLC usar y/o divulgar una copia de mis registros médicos que contiene información de salud de
identificación individual.

Nombre del paciente

Firma del paciente/Agente de atención médica/Tutor/Familiar

_____/_____/_____
Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal