



4. **Derecho a la revocación.** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y que la revocación de la misma debe realizarse por escrito. Entiendo que cualquier revocación debe incluir mi nombre, dirección, número de teléfono, fecha de autorización y firma y que debe enviarse al Programa Estatal de Beneficios Médicos: State Health Benefits Program (HIPAA), Privacy Officer, State of New Jersey, Department of the Treasury, Division of Pensions and Benefits, PO Box 295, Trenton, NJ 08625-0295. Entiendo que mi revocación no será efectiva con respecto al uso y/o la divulgación de mi información médica que se haya realizado anteriormente conforme a esta autorización.

5. **Vencimiento de la autorización.** Esta autorización vencerá (marque una opción y complete).

El día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MM/DD/AAAA

Al presentarse las siguientes circunstancias o al momento de revocar esta autorización:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MIEMBRO**

He tenido la oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario. Al firmar este formulario, confirmo que la información refleja en forma precisa mis disposiciones.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MIEMBRO **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MM/DD/AAAA

*En caso de que firme un representante personal, complete lo siguiente:*

**Nombre del representante personal:** \_\_\_\_\_

**Relación con el miembro o naturaleza de la facultad:** \_\_\_\_\_  
(por ejemplo: poder médico, tutor u otra autorización legal — **Se debe adjuntar una copia de la documentación:**)

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Número de teléfono diurno:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_  
CÓDIGO DE ÁREA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MM/DD/AAAA