



## **Estudio Connect para la Prevención del Cáncer**

### **Formulario de revocación de autorización de la HIPAA**

*Al completar el presente formulario, usted solicita la restricción de usos y divulgaciones (liberaciones) adicionales de su información médica protegida.*

Entiendo que, mediante mi firma electrónica de abajo, revoco (retiro) las autorizaciones previas de utilizar y divulgar mi información médica protegida para el estudio Connect para la Prevención del Cáncer. Entiendo que esta revocación solo rige para usos y divulgaciones futuros de mi información médica protegida y no afectará ningún uso o divulgación que cualquiera de las clínicas, hospitales y demás proveedores de atención médica a los que recurro, de manera directa o mediante una entidad que los represente, ya hayan hecho en virtud de mi autorización antes de recibir este aviso escrito de revocación.

Sírvase ingresar su nombre legal. Si es miembro de Kaiser Permanente, sírvase ingresar su nombre y apellido tal como aparece en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente.

Nombre en letra de imprenta:

Firma:

Fecha: