



Solicitar los registros del siguiente Plan participante:

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ medio inicial: \_\_\_\_\_

Apellido anterior (si procede): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ( dd/mm/aaaa) teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Números de identificación del titular principal de CVS/caremark Plan participante: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante (si es distinta de arriba): \_\_\_\_\_

Relación con el Plan de participante:

☐ Auto tutor ☐ Legal (adjuntar documentación legal)

☐ Padre ☐ Otros \_\_\_\_\_

(Adjuntar documentación legal)

Autorizo a CVS/caremark para liberar la información siguiente para el anterior Plan de participante:

☐ Declaración de costo (informe financiero) de \_\_\_\_\_ ( dd/mm/aaaa) a \_\_\_\_\_ ( dd/mm/aaaa))

☐ Detallada historia de prescripción de \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) para \_\_\_\_\_ ( dd/mm/aaaa))

☐ Otra información de salud (sírvese especificar): \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_ ( dd/mm/aaaa) para \_\_\_\_\_ ( dd/mm/aaaa))

Esta información debe liberarse para: ☐ comprueba si mismo como dirección arriba.

Nombre \_\_\_\_\_

Organización o entidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado/Zip: \_\_\_\_\_

El propósito de esta solicitud de autorización es:

☐ A petición del participante en el plan,

☐ Requerido o solicitado por el destinatario para fines de \_\_\_\_\_

☐ Otros: \_\_\_\_\_

**Esta autorización caducará 90 días desde la fecha de esta autorización.**

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Esta revocación no afectará los usos y/o divulgaciones ya hechas basadas en esta autorización antes de la revocación es recibida por CVS/caremark. La revocación debe ser por escrito y enviado por correo a la siguiente dirección. Entiendo que CVS/caremark no podrá condicionar cualquier tratamiento, pago, inscripción o mi elegibilidad para beneficios sobre mi firma esta autorización. Entiendo que la información utilizada o revelada conforme a esta autorización puede ser redisclosed por el destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal de privacidad.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

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

Nombre de impresión: \_\_\_\_\_

Si firmado por alguien que no sea el participante plan mencionadas, por favor, describa su autoridad legal para actuar en nombre de los participantes del plan y, si procede: \_\_\_\_\_

(Adjuntar documentación de apoyo)

Testigos de la firma: \_\_\_\_\_

Testigo de nombre: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Vuelve el formulario para:

CVS/caremark

Attn: Departamento de investigación

P.O. Box 6590

Lees Summit, MO 64064