Revocación del consentimiento informado

Este formulario se le da porque lo ha solicitado. Puede utilizarse para revocar su consentimiento para compartir su información y realizar derivaciones en su nombre.

Si revoca este consentimiento, dejará de divulgarse su información a partir de la fecha de entrada en vigor, que es la fecha en la cual nuestra agencia reciba este formulario completado. Revocar su consentimiento no tendrá efecto alguno en las divulgaciones realizadas previamente con su consentimiento.

> A fin de revocar su consentimiento para compartir cualquier información existente en el sistema de datos de clientes que mantiene New York State Office for the Aging (*Oficina para Adultos Mayores del Estado de Nueva York*), marque la primera casilla de la página 2 del formulario y complete todos los datos solicitados.
>
> Si solo desea revocar su consentimiento para compartir información con determinadas entidades, marque la segunda casilla y utilice el espacio provisto para indicar cuáles son esas entidades específicas.
>
> Si desea revocar su consentimiento para divulgar otra información que no sea su información básica de contacto en caso de catástrofe o emergencia a quienes deban actuar, marque la tercera casilla.

Si un representante con autorización legal completa el formulario en nombre de la persona cuya información se almacena, debe indicarlo en el espacio provisto. Deben completarse todos los campos con la información de contacto registrada en los archivos correspondientes a la persona cuya información se almacena. La revocación del consentimiento por parte de un representante legal solo será válida si nuestra agencia ha verificado la autoridad legal de ese representante.

Una vez completado el formulario, envíelo a nuestra agencia a la dirección que figura a continuación. Si tiene preguntas o inquietudes, no dude en llamarnos al teléfono indicado a continuación.

Dirección:

{AGENCY NAME}
Atención: {CONTACT UNIT OR INDIVIDUAL}
{ADDRESS 1}
{ADDRESS 2}

Teléfono:

{CONTACT UNIT OR INDIVIDUAL}
{(XXX) XXX-XXXX}

☐ Por medio de la presente, revoco mi consentimiento para que se comparta o divulgue toda mi información personal almacenada en el sistema de datos de clientes, incluso aquella almacenada con el fin de realizar derivaciones. Comprendo que esto no tendrá efecto alguno en las divulgaciones realizadas antes de la fecha de entrada en vigor de esta revocación.

☐ Por medio de la presente, revoco mi consentimiento para compartir o divulgar mi información personal con las siguientes entidades:

_____

_____

_____

_____

☐ Por medio de la presente, revoco mi consentimiento para divulgar toda mi información personal en relación con factores de riesgo especiales, almacenada para responder ante una catástrofe o emergencia.

¿Este formulario lo completa y firma un representante con autorización legal en nombre del cliente? Marque con un círculo:

SÍ / **NO**

En caso afirmativo, complete lo siguiente (en letra de imprenta):

_____
Nombre del representante legal

( ) _____
Número de teléfono

_____
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

El resto de este formulario, incluida la línea de firma, también debe completarse.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del cliente (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

_____

_____

Número de teléfono: ( ) _____

_____ _____
Firma Fecha

_____
Nombre (en letra de imprenta)