



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 7074
Lees Summit, MO 64064-7074