

# SOUTH BAY HOTEL EMPLOYEES, RESTAURANT EMPLOYEES TRUST FUNDS

2815 Second Ave., Suite 300 • P. O. Box 34203 • Seattle, Washington 98124  
Phone (206) 441-7574 or (800) 331-6158 • Fax (206) 441-9110

Administered by  
Welfare and Pension Administration Service, Inc.

## Revocación de Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud

1. Nombre de fideicomiso: \_\_\_\_\_
2. Identifique la persona para la cual la autorización fue solicitada:  
Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del empleado cubierto \_\_\_\_\_

**Por el presente instrumento revoco la autorización para usar o divulgar información de salud del individuo mencionado anteriormente como se especifica en el formulario de autorización con fecha:**

\_\_\_\_\_.

**Entiendo que no puedo revocar ninguna acción que fue hecha con anterioridad al recibo por parte del fideicomiso de la revocación y que fue hecha a base de la autorización. Entiendo, además, que la información puede ser usada y divulgada según permite y requiere la ley.**

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo o de la persona legalmente autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letras de molde si se firma por el individuo

\_\_\_\_\_  
Relación  
(padre, tutor legal,  
representante personal)