



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