

Continuo de Atención de Oakland-Berkeley-Condado de Alameda
(Oakland-Berkeley-Alameda County Continuum of Care)
Revocación de la autorización para divulgar información

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

CIN de Medi-Cal (si lo conoce): _____

Deseo revocar mi autorización para divulgar mi información personal.

Firma del cliente o Representante legal del cliente:

_____/_____/_____

Mes

Día

Año

Si firma el Representante legal del cliente, por favor indique el nombre, relación y autoridad del representante para firmar.

Nombre: _____

Relación: _____

Autoridad: _____

(Por favor enviar al miembro de su Equipo de atención)