

El propósito de este formulario es autorizar la revelación de su Información Protegida de Salud o revocar esa autorización. Al firmar este formulario, usted autoriza y otorga a Elixir Rx Solutions, LLC, que opera bajo el nombre comercial de Elixir, y a cualquiera de sus subsidiarias o afiliadas (Elixir Pharmacy, Elixir Specialty, etc.), permiso para revelar su Información Protegida de Salud o para revocar una autorización previa a la parte nombrada.

Nombre del miembro Número de Seguro Social

---

Dirección

---

Ciudad, estado, zip

---

Teléfono Correo electrónico

---

**Por medio del presente** (marque uno)  **Autorizo** revelar mi Información Protegida de Salud   **Revoco** una Autorización de Revelación previamente otorgada

**Esta decisión entrará en vigencia** (marque uno)  **Indefinidamente** (no caduca)   **Un año después de la fecha de ejecución**

Con el propósito de (describa el motivo por el cual será o fue solicitada)

---

**La siguiente información de salud específica** (marque los cuadros que apliquen)

- Declaraciones de cargos o pagos
  - Registro de todas las recetas surtidas, incluido el nombre del medicamento y el monto pagado
  - Registro de todos los productos farmacéuticos dispensados
  - Copias de registros o informes proporcionados a las personas mencionadas a continuación (hospital, laboratorio, clínica, etc.)
  - Informes de consulta
  - Todo lo de arriba
  - Otro: describa límites o incidentes de salud específicos
- 

**De** Elixir Rx Solutions, LLC, operando comercialmente como Elixir, y cualquiera de sus subsidiarias y afiliadas (Elixir Pharmacy, Elixir Specialty, etc.)

**A:** (Nombre de la compañía o individuo)

---

Dirección

---

Ciudad, estado, zip

---

Teléfono Fax

---

Correo electrónico

---

Es posible que las revelaciones hechas de buena fe ya se hayan producido con una autorización emitida anteriormente. La revocación no puede aplicarse retroactivamente a dichas revelaciones. También entiendo que la revelación de información de salud puede ser requerida por ley en algunos casos, como para el informe de enfermedades transmisibles. Elixir Rx Solutions, LLC, que opera bajo el nombre comercial de Elixir, y cualquiera de sus subsidiarias o afiliadas (Elixir Pharmacy, Elixir Specialty, etc.), sus empleados, funcionarios y farmacéuticos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal por la revelación de la información que autorice anteriormente.

Nombre del miembro Fecha

---

Firma del miembro (o de su guardián, si es menor de edad)

---

Nombre del testigo (Opcional) Fecha

---

**ENVÍE ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE LLENADO A UNA DE LAS SIGUIENTES DIRECCIONES:**

**Correo:** Elixir, Attn: Customer Care, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720 **Fax:** 866-250-5178  
corp\_web\_all\_form\_release protected health records\_23-7497