## **Capital Health**

## Cancelación del representante autorizado anteriormente para acceder al portal del paciente

Nombre de pila del paciente:	Apellido	o del paciente:	
Fecha de nacimiento:	Dirección de corr	reo electrónico:	_
Dirección de la calle:			_
Ciudad	_ Estado:	Código postal	-
Información del representante a	utorizado		
Nombre de pila:	Apellido:_		
Fecha de nacimiento:	Dirección de corr	reo electrónico:	
Dirección de la calle:			_
Ciudad	_ Estado:	Código postal	-
Relación:	Número	o de teléfono de casa:	_
Número de teléfono móvil:	Número	de teléfono del trabajo:	_
Reconozco que he leído y comprenc el acceso a mi información personal		or y revoco al representante autorizado arriba mencio paciente.	nado
Firma del paciente	Fecha	Hora	
Firma del testigo	Fecha	 Hora	
Se hará todo lo posible para tramita	r esta solicitud en un plazc	o de diez (10) días hábiles.	
Envíe por correo su formu Capital Health One Capital Way Pennington, NJ O Attn: Health Info	-	O envíe por fax su formulario completado a: 609-303-4093	
*********	**********Para uso inte	erno**********************************	<b>*</b> *
Fecha de ejecución:	Procesac	do nor (Nombre):	

NCNI 9350.14 Org. 04/2021