

Revocación del Consentimiento del Cliente

Sistema de Intercambio de Información del Cliente CaseWorthy

Por este medio revoco el permiso para que las agencias asociadas en la Continuidad del Cuidado (Continuum of Care) compartan mi información personal e información sobre mí y/o los miembros de mi familia en el Sistema de Intercambio de Información del Cliente CaseWorthy.

Información identificativa que será eliminada del sistema (marque todas las que apliquen):

- Nombre
- Número de Seguro Social
- Día y mes de nacimiento
- Última dirección permanente
- Número de teléfono

Información no identificativa que permanecerá (marque todas las que apliquen):

- Sexo
- Año de nacimiento
- Cualquier otra información no identificativa

Nombre del cliente: _____

Firma del cliente _____

(Padre o tutor, si es menor y relación)

Fecha _____

Firmado en:

Nombre de la agencia asociada _____

Nombre del testigo de la agencia _____

Firma del testigo de la agencia _____

Fecha _____