

## 撤銷披露受保護健康資訊的授權

\* 此表單撤銷、撤回和停止我向先前授權的接收者披露受保護健康信息(PHI)的授權。

### **A部分： 員停止授權披露受保護健康信息 (PHI)**

會員姓名： \_\_\_\_\_ 生日： \_\_\_\_\_

會員 CIN： \_\_\_\_\_ 電話號碼： \_\_\_\_\_

### **B部分： 撤銷授權**

本人在此撤銷、撤回及終止先前向 CalOptima 授權的披露受保護健康資料的授權，以向下列人士或機構披露本人的受保護健康資料(PHI)：

先前被授權接收PHI的個人或機構名字： \_\_\_\_\_

與會員的關係： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_ 電話號碼： \_\_\_\_\_

授權簽字日期 (如果知道)： \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_撤銷、撤回及終止全部 對PHI 的披露授權。

\_\_\_\_僅撤銷、撤回及終止對以下資訊種類的披露授權。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

本人明白在下方簽署，即表示我停止授權披露我的受保護健康資訊 (PHI)。本人明白因為我在過去給予的授權，我的PHI可能已經被分享。本人明白此撤銷發佈受保護健康諮詢 (PHI) 的授權，在 CalOptima 收到及處理該授權前，不會生效。我進一步理解，撤銷將僅適用於有關我的 PHI 的未來披露或操作。本人不能取消授權有效期間所採取的行動或作出的披露。本人亦明白此撤銷只適用於本人授權與 B 部分所述的人士或機構分享 PHI 的情況，並不會取消本人簽署的任何其他披露受保護健康諮詢 (PHI) 表格的授權。本要求不適用於法律允許或要求的任何用途或披露。

會員或個人代表的簽

日期

會員或個人代表的署名

關係 (父母，法定監護人，個人代表)