

رد اجازه انتشار اطلاعات پزشکی محرمانه

* این فرم اجازه من در رابطه با افشای اطلاعات پزشکی محرمانه (Protected Health Information, PHI) به دریافت‌کننده مجاز قبلی را رد، لغو و متوقف می‌کند.

بخش A: توقف اجازه عضو در رابطه با انتشار اطلاعات پزشکی محرمانه (PHI)

نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____

CIN عضو: _____ تلفن: _____

بخش B: صرف‌نظر از اجازه

بدین وسیله اجازه افشای اطلاعات پزشکی محرمانه که قبلاً جهت افشای اطلاعات پزشکی محرمانه خود به این فرد یا سازمان به CalOptima داده‌ام را رد، لغو و متوقف می‌کنم:

نام فرد یا سازمانی که قبلاً دارای اجازه دریافت PHI بوده است: _____

نسبت با عضو: _____

آدرس: _____ تلفن: _____

تاریخ امضا اجازه (در صورت اطلاع): _____ / _____ / _____

رد، لغو و متوقف ساختن تمام PHI مجاز جهت انتشار.

رد، لغو و متوقف ساختن فقط این بخش‌های اطلاعات مجاز جهت انتشار:

من میدانم که با امضا در زیر، اجازه خود را در رابطه با افشای اطلاعات پزشکی محرمانه (PHI) متوقف می‌کنم. متوجه هستم که ممکن است PHI من به دلیل اجازه‌ای که در گذشته داده‌ام در اختیار دیگران قرار داده شده باشد. متوجه هستم که این رد اجازه انتشار اطلاعات پزشکی محرمانه (PHI) تا زمانی که توسط CalOptima دریافت و ارزیابی نشود قابل اجرا نخواهد بود. همچنین متوجه هستم که این رد اجازه فقط در افشا یا اقدامات آتی مرتبط با PHI من اعمال می‌شود. من نمی‌توانم اقدامات یا افشاهایی را که در زمان اجرا و معتبر بودن این اجازه رخ داده است، لغو کنم. همچنین متوجه هستم که این لغو اجازه تنها در رابطه با اجازه‌ای که جهت اشتراک‌گذاری PHI خود با فرد یا سازمان نامبرده در بخش **B** ارائه داده‌ام اعمال می‌شود. این لغو اجازه باعث لغو دیگر فرم‌های اجازه انتشار اطلاعات درممانی محرمانه (PHI) که امضا کرده‌ام نمی‌شود. این درخواست در رابطه با سایر استفاده‌ها یا افشاهای مجاز یا ضروری طبق قانون اعمال نمی‌شود.

امضا عضو یا نماینده شخصی

تاریخ

نام عضو یا نماینده شخصی (لطفاً خوانا بنویسید)

نسبت (والد، سرپرست قانونی، نماینده شخصی)