

### 終止限制表格

日期： \_\_\_\_\_ 生日： \_\_\_\_\_

會員姓名： \_\_\_\_\_ 會員 CIN： \_\_\_\_\_

上述會員要求限制使用和披露日期為 [DATE] 的受保護健康信息 (PHI)。

會員要求終止限制

會員簽字： \_\_\_\_\_

如果是授權代表人 (請包含合法的文件)：

姓名正楷 \_\_\_\_\_ 與會員的關係： \_\_\_\_\_

會員同意終止限制

會員簽字： \_\_\_\_\_

如果是授權代表人 (請包含合法的文件)：

姓名正楷 \_\_\_\_\_ 與會員的關係： \_\_\_\_\_

會員口頭同意終止。

收到口頭同意的 CalOptima 代表人簽字：

\_\_\_\_\_

CalOptima 通知您協定已終止。終止僅對您收到本通知後我們創建或接收的受保護健康資訊 (PHI) 有效。

要瞭解有關您的隱私權的更多資訊，請參閱您的 CalOptima 隱私慣例聲明副本。也可以瀏覽我們的網站 [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) 或致電 CalOptima 的客戶服務部 1-714-246-8500 或免費電話 1-888-587-8088。我們的工作時間是週一至週五上午 8 時至下午 5 時 30 分，有聽力或言語障礙的會員可撥打我們的 TDD/TTY 熱線電話 1-714-246-8523 或免費電話 1-800-735-2929。我們有會講您語言的員工。

如果您認為您的隱私權受到侵犯，您可以致電 **1-714-246-8500** 或寫信向 CalOptima 投訴：

CalOptima  
Customer Service Department  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

如果您選擇投訴或使用您的任何隱私權，CalOptima 不能剝奪您的醫療保健福利或以任何方式傷害您。

誠致，

**HIPAA 隱私**

合規辦公室