



終止限制表格

日期: _____ 出生日期: _____

會員姓名: _____ 會員CIN號碼: _____

上述會員於 _____ 請求限制受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 的使用和披露。 月月/日日/年年年年

☐ 會員要求終止限制。

會員簽名: _____

若為授權代表 (請附上法律文件):

正楷填寫姓名: _____ 與會員的關係: _____

☐ 同意終止限制。

員簽名: _____

若為授權代表 (請附上法律文件):

正楷填寫姓名: _____ 與會員的關係: _____

☐ CalOptima Health 通知您協議已終止。

該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) 具有效力。

☐ 該會員口頭同意終止。

正楷填寫接收口頭協議的 CalOptima Health 代表的姓名和簽名:

正楷填寫會員姓名

會員簽名



要瞭解更多有關您的隱私權之信息，請參閱您的 CalOptima Health 隱私慣例通知副本。您也可在我們的網站 www.caloptima.org, 或致電 CalOptima Health 客戶服務部取得副本，電話是 **1-714-246-8500** 或免付費電話 **1-888-587-8088**，服務時間為週一至週五，上午8點至下午5點30分。有聽力或言語障礙的會員可以撥打我們的 TDD/TTY 熱線 **711**。我們有工作人員會說您的語言。

若您認為您的隱私權受到侵犯，您可向 CalOptima Health 或 Department of Health and Human Services (美國衛生與公眾服務部) 部長提出投訴。

若要向 CalOptima Health 提出投訴，請聯絡 CalOptima Health 客戶服務部，電話：**1-714-246-8500**，或寫信至：

ATTN: Customer Service Department CalOptima Health

505 City Parkway West

Orange CA 92868

即使您選擇作出投訴或行使任何隱私權，CalOptima Health 將不會以任何形式取消您的醫療保健福利，或以任何方式損害您的本通知中利益。

此致，

隱私官