

لغو مجوز برای انتشار اطلاعات بهداشتی محافظت شده

* این فرم مجوزی که من برای افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده (Protected Health Information, PHI) خود به گیرنده‌ای که قبلاً مجازشمرده بوده‌ام را لغو نموده، پس گرفته و متوقف می‌نماید.

بخش A: توقف مجوز توسط عضو برای انتشار اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI)

نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____

شماره شناسه CIN عضو: _____ تلفن: _____

بخش B: لغو مجوز

بدینوسیله مجوز انتشار اطلاعات بهداشتی محافظت شده خود را که قبلاً به CalOptima Health برای افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده خود (PHI) به شخص یا سازمان زیرداده بودم را لغو نموده، پس گرفته یا متوقف می‌کنم:

انام شخص یا سازمانی که قبلاً مجاز به دریافت PHI بوده است: _____

نسبت با عضو: _____

آدرس: _____ تلفن: _____

تاریخ امضای مجوز (در صورت اطلاع): _____ / _____ / _____

☐ کلیه PHI مجاز به انتشار را لغو نموده، پس گرفته یا متوقف کنید.

☐ فقط دسته‌بندی‌های زیر از اطلاعات مجاز برای انتشار را لغو نموده، پس گرفته یا متوقف کنید:

من متوجه هستم که با امضای زیر، مجوزی که برای افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) خود داده بودم را متوقف می‌کنم.

من متوجه هستم که ممکن است PHI من قبلاً به دلیل مجوزی که در گذشته داده‌ام به اشتراک گذاشته شده باشد. من می‌دانم که این لغو مجوز برای انتشار اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI) تا زمانی که توسط CalOptima Health دریافت و پردازش نشود، قابل اجرا نخواهد شد. همچنین می‌دانم که این اقدام لغو فقط در مورد افشاگری‌ها یا اقدامات آینده در مورد PHI من اعمال می‌شود. من نمی‌توانم اقدامات یا افشاگری‌هایی در زمانی که مجوز معتبر و قابل اجرا بوده است را لغو کنم. همچنین می‌دانم که این اقدام لغو فقط برای مجوزی که برای اشتراک‌گذاری PHI خود با شخص یا سازمانی که در بخش B نام‌گذاری شده است اعمال می‌شود. این اقدام هیچ‌یک از فرم‌های مجوز برای انتشار اطلاعات حفاظت شده سلامت (PHI) را که امضا کرده‌ام لغو نمی‌کند. این درخواست در زمینه موارد مورد نیاز یا افشاگری‌هایی که توسط قانون مجاز یا الزامی شناخته شده است اعمال نمی‌شود.

تاریخ

امضای عضو یا نماینده شخصی

نسبت (والدین، قیم قانونی، نماینده شخصی)

درج نام عضو یا نماینده شخصی