



إبطال تفويض الكشف عن المعلومات الصحية المحمية

* هذا النموذج يقوم بإبطال، أو سحب، أو إيقاف التفويض الذي منحه للكشف عن المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) الخاصة بي لمستلم مفوض سابقاً.

القسم A: العضو يوقف التفويض بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI)

اسم العضو: _____ تاريخ الميلاد: _____

الـ CIN الخاص بالعضو: _____ الهاتف: _____

القسم B: إبطال التفويض

أقوم بموجب هذا بإبطال، وسحب وإيقاف تفويض الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الذي منحه سابقاً لـ CalOptima Health للكشف عن المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) الخاصة بي إلى الشخص أو المؤسسة التالية:

اسم الشخص أو المؤسسة المفوضة سابقاً باستلام الـ PHI: _____

العلاقة بالعضو: _____ العنوان: _____

الهاتف: _____ تارikh توقيع التفويض (إذا كان معروفاً): _____ / _____ / _____

طلب إبطال، وسحب، وإيقاف كافة الـ PHI المصرح بالكشف عنها.

طلب إبطال، وسحب، وإيقاف الفئات التالية فقط من المعلومات المصرح بالكشف عنها:

أدرك أنه من خلال التوقيع أدناه، فإنني أوقف تفويضي للكشف عن المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) الخاصة بي. أدرك أن الـ PHI الخاصة بي ربما تمت مشاركتها بالفعل بسبب التفويض الذي قدمته في الماضي. أدرك أن إبطال تفويض الكشف عن المعلومات الصحية المحمية

(Protected Health Information, PHI) لن يدخل حيز التنفيذ إلا بعد استلامه ومعالجته من قبل CalOptima Health. أدرك أيضاً أن الإبطال سوف ينطبق فقط على الإفصاحات أو الإجراءات المستقبلية المتعلقة بالـ PHI الخاصة بي. لا أستطيع إبطال الإفصاحات أو الإجراءات التي تم إجراؤها أثناء سريان مفعول التفويض وصلاحيته. أفهم أيضاً أن هذا الإبطال ينطبق فقط على التفويض الذي منحه لمشاركة الـ PHI الخاصة بي مع الشخص أو المؤسسة المذكورة في القسم B. انه لا يلغي أي نماذج أخرى لتفويض الكشف عن معلومات صحية محمية (Protected Health Information, PHI) قمت بتوقيعها. لا ينطبق هذا الطلب على أي استخدامات أو إفصاحات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون.

التاريخ

توقيع العضو أو الممثل الشخصي

العلاقة (الوالد، الوصي القانوني، الممثل الشخصي)

اسم العضو أو الممثل الشخصي كتابةً