

ОТЗЫВ РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

** Данная форма отменяет, отзывает и прекращает действие данного мной ранее разрешения на раскрытие моей защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI) уполномоченному получателю.*

Раздел А. Участник отменяет разрешение на раскрытие защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI)

Имя участника: _____ Дата рождения: _____

Номер CIN участника: _____ Телефон: _____

Раздел В. Отзыв разрешения

Настоящим я отзываю, отменяю и прекращаю действие ранее предоставленного мной CalOptima Health разрешения на раскрытие моей защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI) следующему лицу или организации:

Имя лица или название организации, ранее уполномоченной получать PHI: _____

Кем приходится участнику: _____

Адрес: _____ Телефон: _____

Дата подписания разрешения (если известна): _____ / _____ / _____

- Отозвать, изъять и остановить передачу ВСЕЙ разрешенной к раскрытию PHI.
- Отозвать, изъять и остановить передачу только следующих категорий разрешенной к раскрытию информации:

Я понимаю, что ставя свою подпись ниже, я отменяю свое разрешение на раскрытие моей защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI). Я понимаю, что моя PHI уже могла быть раскрыта в соответствии с разрешением, которое я дал(-а) ранее. Я понимаю, что настоящий отзыв разрешения на раскрытие защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI) вступит в силу только после того, как он будет получен и обработан CalOptima Health. Я также понимаю, что отзыв будет применяться только к информации, раскрываемой в будущем, или к будущим действиям в отношении моей PHI. Я не могу отменить действия или раскрытие информации, совершенные в период действия разрешения. Я также понимаю, что этот отзыв распространяется только на данное мной разрешение на передачу моей PHI лицу или организации, указанным в Разделе В. Он не отменяет другие подписанные мной формы Разрешения на раскрытие защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI). Данный запрос не распространяется на какие-либо виды использования или раскрытия информации, разрешенные или требуемые законом.



Подпись участника или личного представителя

Дата

Имя участника или личного представителя печатными буквами

*Кем приходится участнику
(родитель, законный опекун, личный
представитель)*