



撤銷披露受保護健康資訊的授權

* 此表格撤銷、撤回和停止我先前授權允許向特定接收人披露本人受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 的授權。

A 部分: 會員停止授權披露受保護健康資訊 (PHI)

會員姓名: _____ 出生日期: _____

會員CIN號碼: _____ 電話: _____

B部分: 撤銷授權

本人在此撤銷、撤回及終止先前授權 CalOptima Health 披露受保護健康資訊，該授權允許向下列人士或組織披露本人的受保護健康資訊(PHI)：

先前被授權接收PHI 的個人或組織名字: _____

與會員的關係: _____

地址: _____ 電話: _____

授權簽字日期 (如果知道): _____ / _____ / _____

撤銷、撤回及終止對全部 PHI 的披露授權。

僅撤銷、撤回及終止對以下資訊種類的披露授權:

本人明白在下方簽署，即表示我停止授權披露我的受保護健康資訊 (PHI)。

本人明白因為我在過去給予的授權，我的PHI可能已經被分享。本人明白此撤銷發佈受保護健康資訊 (PHI) 的授權，在CalOptima Health 收到及處理該授權前，不會生效。我進一步理解，撤銷將僅適用於有關我的 PHI 的未來的披露或運作用途。本人不能取消授權有效期間所採取的行動或作出的披露。本人亦明白此撤銷只適用於本人授權與 B 部分所述的人士或機構分享 PHI 的情況，並不會取消本人簽署的任何其他披露受保護健康資訊 (PHI) 表格的授權。本要求不適用於法律允許或要求的用途或披露行。

會員或個人代表簽名

日期

正楷填寫會員或個人代表的姓名

關係 (父母, 法定監護人, 個人代表)