



HỦY BỎ VIỆC CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE ĐƯỢC GIỮ KÍN

* Mẫu đơn này hủy bỏ, rút lại và ngưng sự chấp thuận mà tôi đã cung cấp để tiết lộ Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín (Protected Health Information, PHI) của tôi cho một người nhận đã được ủy quyền trước đây.

Phần A: Thành Viên Ngưng Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín (PHI)

Tên của Thành viên: _____ Ngày sinh: _____

Số CIN của Thành viên: _____ Số điện thoại: _____

Phần B: Hủy Bỏ Việc Cho Phép

Tôi sẽ thu hồi, rút lại hoặc ngưng Cho phép Tiết lộ Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín mà tôi đã cung cấp cho CalOptima Health trước đây để tiết lộ Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín (Protected Health Information, PHI) của tôi cho cá nhân hoặc tổ chức sau đây:

Tên của cá nhân hoặc tổ chức được ủy quyền để nhận Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín trước đây _____ Mối quan hệ với thành viên: _____

Địa chỉ: _____ Số điện thoại: _____

Ngày ký Mẫu đơn Cho phép (nếu biết): _____ / _____ / _____

☐ Hủy bỏ, rút lại, hoặc ngưng cho phép tiết lộ TẤT CẢ các Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín.

☐ Hủy bỏ, rút lại, hoặc ngưng cho phép tiết lộ chỉ những loại thông tin sau đây:

Tôi hiểu rằng khi ký tên dưới đây, tôi đang ngưng cho phép tiết lộ Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín (PHI) của tôi. Tôi hiểu rằng Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín (PHI) của tôi có thể đã được chia sẻ dựa trên sự chấp thuận mà tôi đã cung cấp trước đây. Tôi hiểu rằng Yêu Cầu Hủy Bỏ việc Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín (PHI) này sẽ không có hiệu lực cho đến khi CalOptima Health nhận được và tiến hành yêu cầu. Tôi cũng hiểu rằng yêu cầu hủy bỏ sẽ chỉ áp dụng cho việc tiết lộ hoặc những hành động có liên quan đến Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín của tôi trong tương lai. Tôi không thể hủy bỏ những hành động hoặc việc tiết lộ đã được thực hiện khi sự chấp thuận vẫn còn hiệu lực và hợp lệ. Tôi cũng hiểu rằng yêu cầu hủy bỏ này chỉ áp dụng cho sự chấp thuận mà tôi đã cung cấp để chia sẻ Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín của tôi với cá nhân và tổ chức được nêu tên trong Phần B. Yêu cầu này không hủy bỏ bất kỳ mẫu đơn Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe được Giữ Kín (PHI) nào khác mà tôi đã ký. Yêu cầu này không áp dụng cho bất kỳ việc sử dụng hoặc tiết lộ nào được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu.

Chữ ký của thành viên hoặc người đại diện cho cá nhân

Ngày

Viết chữ in hoa tên của thành viên hoặc người đại diện cho cá nhân

Mối quan hệ (phụ huynh, người giám hộ hợp pháp, người đại diện cho cá nhân)