

보호된 건강 정보(PHI) 공개 승인 취소

* 이전에 승인된 수령인에게 귀하의 보호 건강 정보(PHI, Protected Health Information) 를 공개하도록 CalOptima Health에 제공한 승인을 취소, 철회 및 중지하려면 이 양식을 사용하십시오.

섹션 A: 회원의 보호 건강 정보(PHI) 공개 허가를 중단

회원 이름: _____ 생년월일: _____

회원 CIN 번호: _____ 전화번호: _____

섹션 B: 승인 취소

본인은 이전에 CalOptima Health에 제출하여 다음의 개인 또는 기관에 본인의 보호 건강 정보(PHI)를 공개하도록 허가한 보호 건강 정보 공개 허가를 취소, 철회 및 중단합니다:

이전에 PHI 수신 허가를 받은 개인 또는 기관의 이름: _____

회원과의 관계: _____

주소: _____ 전화번호: _____

승인 서명 날짜(알려진 경우): _____ / _____ / _____

개가 승인된 모든 PHI를 취소, 철회 및 중단합니다.

공개 승인된 다음 정보 범주에 대해서만 취소, 철회 및 중단합니다:

아래에 서명함으로써 본인의 보호 건강 정보(PHI) 공개 승인을 중단함을 이해합니다. 과거에 승인했기 때문에 본인의 PHI가 이미 공유되었을 수 있음을 이해합니다. 본인은 보호 건강 정보(PHI) 공개 철회 승인은 CalOptima Health에서 해당 정보를 수령하고 처리할 때까지 효력이 발생하지 않음을 이해합니다. 또한, 철회는 본인의 PHI에 대한 향후 공개 또는 조치에만 적용됨을 이해합니다. 승인 유효 기간 동안 이루어진 조치 또는 공개는 철회할 수 없습니다. 또한, 본 철회는 섹션 B에 명시된 개인 또는 조직과 본인의 PHI를 공유하도록 승인한 경우에만 적용됨을 이해합니다. 본인이 서명한 다른 보호 건강 정보(PHI) 공개 승인 양식은 취소되지 않습니다. 본 요청은 법률에 따라 허용되거나 요구되는 사용 또는 공개에는 적용되지 않습니다.

회원 또는 대리인 서명

날짜

회원 또는 개인 대리인의 인쇄체 이름

관계(부모, 법적 보호자, 개인 대리인)