

## إبطال تصريح الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية

\* يلغي هذا النموذج التصريح الذي منحتَه لمستلم معتمد سابق بالإفصاح عن "المعلومات الصحية المحمية" (Protected Health Information, PHI) الخاصة بي ويسحبه ويوقفه.

### القسم أ: العضو المُوقف لتصريح الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية (PHI)

اسم العضو: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

رقم تعريف العضو (CIN): \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

### القسم ب: إبطال التصريح

أقر، بموجب هذا المستند، بإبطال التصريح بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية الذي منحتَه مسبقاً لـ CalOptima للكشف عن معلوماتي الصحية المحمية للشخص التالي أو الجهة التالية، وسحب التصريح ووقفه:

اسم الشخص أو الجهة المصرح لها باستلام المعلومات الصحية المحمية: \_\_\_\_\_

الصلة بالعضو: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

تاريخ توقيع نموذج التصريح (إذا كان معروفاً): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ إبطال وسحب ووقف كل تصريحات الكشف عن المعلومات الصحية المحمية.

\_\_\_\_\_ إبطال وسحب ووقف تصريحات الكشف عن فئات المعلومات التالية فقط:

أفهم أنه بمجرد توقيعي بالأسفل، أوقف تصريحي بالكشف عن معلوماتي الصحية المحمية. أفهم أيضاً أنه قد تكون تمت مشاركة معلوماتي الصحية المحمية بسبب التصريح الذي منحتَه مسبقاً. وأفهم أن نموذج إبطال تصريح الكشف عن المعلومات الصحية المحمية هذا ليس سارياً حتى تتسلمه وتعالجه CalOptima. وأفهم أيضاً أن إبطال التصريح سوف ينطبق فقط على الإفصاحات أو الإجراءات المستقبلية المتعلقة بمعلوماتي الصحية المحمية. ولا يمكنني إلغاء الإجراءات أو الإفصاحات التي أُخذت وقت سريان التصريح أو اعتماده. وأفهم أيضاً أن إبطال التصريح هذا ينطبق فقط على الموافقة التي أعطيتها لمشاركة معلوماتي الصحية المحمية مع الشخص أو الجهة المذكور اسمها في القسم ب، ولا يلغي أي موافقة للكشف عن نماذج الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية التي وقعتها. ولا ينطبق هذا الطلب على أي استخدامات أو إفصاحات مصرحة أو مطلوبة وفقاً للقانون.

التاريخ

توقيع العضو أو الممثل الشخصي

العلاقة (ولي أمر، وصي قانوني، ممثل شخصي)

اسم العضو أو الممثل الشخصي بأحرف واضحة