

보호된 건강 정보(PHI) 공개 승인 취소

**이 양식은 이전에 승인된 수령인에게 허락한 나의 보호된 건강 정보(PHI) 공개를 취소, 철회 및 중지합니다.*

섹션 A: 회원의 보호된 건강 정보(PHI) 공개 정지

회원 이름: _____ 생년월일: _____

회원 CIN 번호: _____ 전화번호: _____

섹션 B: 승인 취소

본인은 이전에 CalOptima에게 다음 사람 또는 단체에 공개를 허락하였던 나의 보호된 건강 정보(PHI)의 공개를 이 양식을 통해 취소, 철회 및 중지합니다:

이전에 PHI를 받을 권한이 있던 사람 또는 단체의 이름: _____

회원과의 관계: _____

주소: _____ 전화번호: _____

승인 서명 날짜 (아신다면): _____/_____/_____

___ 모든 PHI 공개 승인을 취소, 철회 및 중지하길 원함.

___ 다음 종류만의 정보 공개 승인을 취소, 철회 및 중지하길 원함:

본인은 아래 서명을 통해 나의 보호된 건강 정보(PHI) 공개 승인을 중지합니다. 나의 PHI는 이전에 제공한 승인으로 인해 벌써 공개되었을 수도 있음을 이해합니다. 나는 이 보호된 건강 정보(PHI) 공개 승인의 취소는 CalOptima가 이것을 받아 처리하기까지 유효하지 않다는 것을 이해합니다. 나는 PHI 관련 취소가 앞으로의 공개 또는 조치에만 적용된다는 것도 이해합니다. 나는 승인이 유효한 기간동안 이루어진 조치 또는 공개를 취소할 수 없습니다. 또한 이 취소는 섹션 B 에 적힌 사람이나 단체와 PHI 를 공유하기 위해 부여한 승인에만 적용된다는 것도 이해합니다. 이것은 내가 서명한 다른 보호된 건강 정보(PHI) 승인 양식을 취소하지 않습니다. 이 요청은 법이 허용하거나 요구하는 용도 혹은 공개에는 적용되지 않습니다.

회원 또는 개인 대리인의 서명

날짜

회원 또는 개인 대리인의 이름

관계(부모, 법적 보호자, 개인 대리인)