

# 撤銷使用和 (或) 透露健康資訊授權表



我想取消或撤銷我之前允許 <Entity> 基於特定目的使用我的健康資訊或與個人或團體分享我健康資訊的許可：

## 之前收受資訊的個人或團體：

個人姓名或團體名稱： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_ 電話：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

授權表簽名日期 (若知道)： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 會員資訊：

會員姓名 (請以正楷填寫)： \_\_\_\_\_

會員出生日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 會員卡號碼： \_\_\_\_\_

我瞭解，我的健康資訊 (適用的話，包括我的物質使用失調紀錄) 可能因為我之前的許可而已經使用或與人分享。我也瞭解，本次取消只適用我允許基於特定目的使用我的健康資訊或與個人或團體分享我健康資訊的許可，不會取消任何其他我已簽署可基於其他目的使用健康資訊或與其他個人或團體分享健康資訊的授權表。

會員簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(會員或法定代表在此簽名)

如果您為會員簽署，請在下方說明您與會員的關係。如果您是會員的個人代表，請於下方說明並寄送相關表格複本 (例如委託授權書或監護權命令) 給我們。

<Entity> 收到本表格並處理完畢後，就會停止使用或分享您的健康資訊。請使用下方的郵寄地址。您也能撥打下方的電話號碼要求協助。

Health Net of California  
PO Box 2020 Farmington, MO 63640-2021  
電話：1-800-730-2905 聽障專線 (TTY)：711  
傳真：1-844-222-3180