



授权撤销先前授权

根据《健康保险流通与责任法案》(HIPAA) 隐私规则规定，如果您需要撤销先前的健康信息访问授权，必须以书面形式通知 Health Plan of San Joaquin。

如果此表格填写不完整，则授权无效。 Health Plan of San Joaquin 可能已填写部分信息。填写表格后，请将其邮寄或亲自送至 San Joaquin Health Plan 的以下地点之一：

Health Plan of San Joaquin 7751 South Manthey Road French Camp, CA 95231-9802	Health Plan of San Joaquin 1025 J Street Modesto, CA 95354
---	--

您也可以将表格传真至 (209) 461-2550

1. 授权撤销者：

姓名：	
出生日期：	
地址：	
城市、州、邮政编码：	
电话号码：	
Health Plan ID 编号：	

2. 撤销授权：

我撤销对 Health Plan of San Joaquin 使用和披露本人健康信息的授权，如原授权中所述：

a. 是否附有原授权副本？

如果“是”，请跳过问题 3

如果“否”，您必须填写问题 3

3. 原授权（如果您在问题 2.a 中选择“否”，则必须填写）

a. 原授权日期： _____

b. 说明原授权适用的信息：
