

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/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan").

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

7751 South Manthey Road French Camp, CA 95231-9802	1025 J Street Modesto, CA 95354
---	--

您也可以将表格传真至: **1-209-461-2550**

1. 授权撤销者			
姓名:		出生日期:	
地址:	城市:	州:	邮政编码:
Health Plan ID 编号:			
2. 撤销授权:			
我撤销对 Health Plan 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:			

会员的正楷书写姓名

Health Plan ID 编号

c. 列出原授权适用的个人或公司:

祖父母。姓名: _____

非监护父母或继父母。姓名: _____

会员的其他亲属、同伴或朋友。

姓名: _____ 关系: _____

会员律师。姓名: _____

其他。姓名: _____

4. 签名:

您有权拒绝签署此表格。如果您拒绝签署此表格，您的原授权不会撤销。您拒绝签署此表格不会影响您的治疗或福利资格，也不会影响 Health Plan 的服务付款。如果您签署此表格，您有权随时更改。如需更改，请致函 Health Plan。您的请求将于我们收到之日起生效，但我们无法阻止任何已发生的行动。

..... 会员签名 日期

5. 个人代表:

如果您不是会员，请在下方以印刷体签名、签名并注明日期，同时说明您与会员的关系。

..... 个人代表印刷体签名

..... 个人代表签名 日期

请注意，如果您是会员的个人代表，请说明您与该会员的关系。您可能需要向我们出示您代表会员行事的合法许可证明：

未成年子女的父母 法定监护人 授权书 其他（描述）：

如果您填写此表格的目的是希望 Health Plan 撤销对其他人员或公司的授权，则应复印一份以作记录。如果您对此表格有任何疑问，请致电 **1-209-942-6320** 联系会员服务部。

_____ 会员的正楷书写姓名

_____ Health Plan ID 编号