



## Отзыв разрешения на предоставление медицинской информации

Я хочу отменить данное мною разрешение на предоставление моей медицинской информации лицу или группе лиц, которые указаны ниже:

### Данные получателя информации

Имя и фамилия лица (название группы): \_\_\_\_\_

Улица, № дома, кв.: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ штат: \_\_\_\_\_ почт. индекс: \_\_\_\_\_ тел.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Дата подписания первоначального разрешения (если известна): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Данные участника программы

Имя и фамилия участника (печатными буквами): \_\_\_\_\_

Дата рождения участника: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Номер чл. удост. участника: \_\_\_\_\_

**Мне известно, что моя медицинская информация уже, возможно, предоставлялась на основании разрешения, данного мною ранее. Мне также известно, что эта отмена касается только моего разрешения на предоставление медицинской информации данному лицу или данной группе лиц. Она не распространяется на какие-либо другие подписанные мною формы разрешения, касающиеся предоставления медицинской информации другим лицам или группам лиц.**

Подпись участника программы: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Подпись участника программы или его доверенного лица)

Если вы ставите подпись от имени участника программы, укажите ниже, кем вы ему приходитесь. Если вы являетесь персональным представителем участника программы, укажите это ниже и пришлите нам копии соответствующих документов (например, доверенности или постановления об опекунстве).

Администрация программы прекратит предоставление вашей медицинской информации после того, как мы получим эту форму. Вы можете отправить ее нам по почте или по факсу. Вы также можете обратиться за помощью в отдел обслуживания участников программы по номеру телефона 1-877-687-1197 (номер телекоммуникационного аппарата / телетайпа для лиц с нарушениями слуха: 711).

Почтовый адрес:  
**Coordinated Care, Attn: Compliance Department**  
1145 Broadway, Suite 700, Tacoma, WA 98402

Факс: 1-877-644-4602 | Отдел обслуживания участников программы: 1-877-687-1197  
(телекоммуникационный аппарат / телетайп для лиц с нарушениями слуха: 711)