



- ◆ 在收到您的取消授權，醫院將取消您的申請。
  - ◆ 我有權收到此授權的副本。
  - ◆ 無論治療，支付，注冊登記或符合資格也都不能當做要求我提供或者拒絕的條件
- 當您將您的醫療報告披露給別人，您將可能不再受聯邦保密法（HIPAA）的保護。不過，加州法律禁止未經您允許或法律需求，就披露您的醫療報告。本人受保護之醫療報告，因被披露或被重覆披露可能引起之所有法律責任，本人茲同意免責於惠提爾醫院，其代理單位，暨其員工。
- ◆ 我可以檢查或收到，我被要求提供被保護的醫療報告副本。
  - ◆ 文件需5-7個工作日才能完成。您可致電562.907.1718詢問。

**SIGNATURE: Patient or Legal Representative : 病患或法定代理人簽名**

Signature: 簽名	Date: 日期	Time: 時間
Printed Name: 正楷名字	Legal Relationship to Patient: 法定代理人	

**REVOCAION OF REQUEST : 請求撤銷申請**

I would like to revoke this Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information request. 我想撤銷申請醫療報告的請求。

Signature: (病人或法定代理人簽名)	Date: 日期	Time: 時間
Printed Name: (病人或法定代理人正楷名字)	Legal Relationship to Patient: 法定代理人	
WHMC Staff Verifying Signature: 醫院簽名	Date: 日期	Time: 時間

**OFFICE USE ONLY: 醫院人員使用**

Identity of requestor validated by:

- Driver's License or Picture ID Card (place copy with request)
- Original Death Certificate (place copy with request)
- Healthcare Power of Attorney (place copy with request)

WHMC Staff Verifying Signature: 醫院簽名	Date: 日期	Time: 時間
--------------------------------------	----------	----------