

پیوستار مراقبت شهرستان آلامدا-برکلی-اوکلند
فسخ انتشار اطلاعات

نام مشتری: _____

تاریخ تولد: _____

Medi-Cal CIN (در صورت معلوم بودن): _____

می خواهم مجوز انتشار اطلاعات شخصی خود را فسخ کنم.

امضای مشتری یا نماینده قانونی مشتری:

ماه / روز / سال

در صورت امضا توسط نماینده قانونی مشتری، لطفاً نام نماینده، نسبت و مقام ایشان را بنویسید:

نام: _____

نسبت: _____

مقام: _____

(لطفاً به عضو تیم مراقبت خود ارسال کنید)