



SOLICITUD PARA EL INFORME DE DIVULGACIONES

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN: _____ Número de teléfono: _____

Me gustaría solicitar un informe sobre cómo CalOptima Health ha divulgado mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI), en conformidad con la ley. Comprendo que CalOptima Health no tiene que informarme sobre los siguientes tipos de revelaciones:

1. Revelaciones para el propósito de tratamiento, pago u operaciones del sistema de atención médica.
2. Revelaciones a mi persona o autorizada por mí para otra(s) persona(s).
3. Revelaciones a personas que me prestan atención médica.
4. Revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.

También comprendo que mi derecho a un informe de alguna, o toda la información divulgada, puede ser suspendido bajo algunas circunstancias.

Comprendo que CalOptima Health debe darme el informe en un plazo de 60 días de la fecha de mi solicitud o avisarme que se necesitan 30 días adicionales (o menos) para prepararlo.

Comprendo que tengo derecho a un informe gratuito de las revelaciones cada 12 meses. Se me puede cobrar una cuota si solicito más de un informe dentro de los mismos 12 meses.

Tenga presente que esta no es una solicitud de acceso a la información médica protegida (PHI). Con este formulario, no recibirá registros tales como reclamos médicos o de farmacia. Si desea estos tipos de registros, debe llenar la Solicitud individual para el acceso a la información médica protegida contenida en el conjunto de registros designados.

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, visite nuestro sitio web en www.caloptima.org o llame al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al **1-888-587-8088**. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711**. Contamos con personal que habla su idioma.



Deseo un informe de la divulgación de mi información para el siguiente periodo de fechas:

Del: _____ al: _____
(mm/dd/aaaa)

Aviso: El periodo de fechas no puede ser mayor de seis (6) años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003.

Método de entrega solicitado (escoja uno):

- ☐ Recoger "personalmente" en CalOptima Health (se requiere una identificación oficial al momento de recoger los documentos).
- ☐ Correo

Calle/unidad Ciudad Estado Código postal

☐ De forma electrónica, enviada mediante un correo electrónico protegido a: _____
Dirección de correo electrónico

Firma del miembro: _____ **Fecha:** _____

Si es representante personal, llene la siguiente sección y proporcione la documentación apropiada:

Nombre en letra de molde: _____ **Relación con el miembro:** _____