ANULACIÓN DEL FORMULARIO DE RESTRICCIÓN

Fecha:_____ Fecha de nacimiento:_____

Nombre del miembro: _____ Número de CIN:_____

El miembro nombrado arriba solicitó restringir el uso y divulgación de información médica protegida (Protected Health Information, PHI) con fecha del _____.
(mm/dd/aaaa)

☐ **El miembro solicita que se anule la restricción.**

Firma del miembro:_____

Si es un representante autorizado, proporcione la documentación legal apropiada:

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

☐ **El miembro está de acuerdo con anular la restricción.**

Firma del miembro:_____

Si es un representante autorizado, proporcione la documentación legal apropiada:

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

☐ **CalOptima Health le está informando que el acuerdo ha sido anulado.**

La anulación solo aplica a la información médica protegida (PHI) creada o recibida por nosotros después de que usted recibió este aviso.

☐ **El miembro dio su consentimiento verbal para anular la restricción.**

Nombre con letra de molde y firma del representante de CalOptima Health que recibió el consentimiento verbal:

_____ _____

Nombre con letra de molde *Firma del miembro*

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, consulte su copia del Aviso de prácticas de privacidad de CalOptima Health. También puede encontrar una copia de este Aviso en nuestro sitio web en www.caloptima.org o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-714-246-8500** o gratuitamente al **1-888-587-8088**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m. Los usuarios de la TTY pueden llamar gratuitamente al **711**. Contamos con personal que habla su idioma.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante CalOptima Health o la secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services).

Para presentar una queja ante CalOptima Health, llame al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-714-246-8500** o envíela por escrito a la siguiente dirección:

ATTN: Customer Service Department
CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange CA 92868

CalOptima Health no puede revocar sus beneficios de atención médica ni hacer nada que le afecte de alguna manera si decide presentar una queja o ejercer alguno de los derechos de privacidad incluidos en este aviso.

Atentamente,

Funcionario encargado de la Confidencialidad