



Solicitud del miembro para cambiar información médica protegida (PHI)

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN: _____

Número de teléfono: _____

Díganos qué información médica protegida (Protected Health Informativo, PHI) o registro quiere que CalOptima Health cambie:

Díganos por qué quiere este cambio. Debe dar el motivo:

AVISO:

CalOptima Health debe informarle en un plazo de 60 días calendario si el cambio fue hecho como usted lo solicitó o si se necesita más tiempo (hasta 30 días calendario adicionales) para tomar una decisión. Díganos dónde debemos enviar la carta de respuesta:

Dirección: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Si CalOptima Health decide cambiar sus registros como usted lo solicitó, el cambio será enviado a cualquier persona que haya recibido la información antes del cambio. Díganos los nombres de las personas que necesitan la información del cambio.

☐ No

☐ Sí. Escriba los nombres y direcciones de las personas:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Continúa en la página 2

También, enviaremos la información que se cambió a las personas que sabemos que recibieron la información antes de que se cambiara, si dependían o podrían depender en el futuro, de tal información. ¿Está de acuerdo con esto?

- ☐ No
☐ Sí

RESTRICCIONES:

CalOptima Health no tiene que cambiar sus registros si:

- CalOptima Health no creó la información.
- La información en los registros es precisa y completa.
- Usted no tiene derecho legal a tener acceso a la información médica protegida (PHI) que desea modificar.
- La información que quiere cambiar no es parte de la información médica protegida (PHI) que mantiene CalOptima Health (conjunto de registros designados; esto incluye información de inscripción, registros de facturación y registros que contienen la información médica protegida (PHI) que se usa para tomar decisiones sobre usted).

SUS DERECHOS

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, consulte su copia del Aviso de prácticas de privacidad de CalOptima Health. También puede encontrarlo 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 línea **TDD/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 llamando al **1-714-246-8500**.

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.

FIRMA

Firma del miembro: _____

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

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

ENVIAR A CALOPTIMA HEALTH

Envíe el formulario completado a:

CalOptima Health Privacy Officer
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
Fax: 714-481-6457