



SOLICITUD PARA RESTRINGIR EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN: _____ Número de teléfono: _____

Comprendo que CalOptima Health puede usar o divulgar (revelar) mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) para el propósito de tratamiento, pago y operaciones del sistema de atención médica. CalOptima Health también puede divulgar mi información a cualquier persona involucrada con mi atención médica o para el pago de mi atención, tal como a un pariente o amigo.

Comprendo que CalOptima Health no tiene que estar de acuerdo con mi solicitud.

Solicito que CalOptima Health restrinja el uso y divulgación de información médica protegida. La información que deseo limitar es:

Quiero limitar que CalOptima Health:

- use esta información
- divulgue esta información
- use y divulgue esta información

Quiero que apliquen estos límites a las siguientes personas o entidades (por ejemplo: cónyuge):

USOS Y DIVULGACIONES REQUERIDOS:

Incluso si CalOptima Health está de acuerdo con esta restricción, la información aún puede ser compartida en las siguientes circunstancias:

- Durante una emergencia médica, si la información restringida es necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, si la información es compartida durante una emergencia, CalOptima Health le informará a esta persona o entidad que no debe usarla o divulgarla para cualquier otro propósito.
- Para actividades de supervisión por la agencia de salud.
- Para usos o divulgaciones que imponga la ley.
- Si se recibe por escrito la anulación de la restricción acordada.



- Si da su consentimiento verbalmente de la anulación y la aceptación queda documentada.
- Si CalOptima Health le informa que anulará este acuerdo. En dado caso, la anulación únicamente tiene validez para la PHI creada o recibida por CalOptima Health después del aviso de anulación.

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 encontrar una copia 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 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.

FIRMA:

Firma del miembro: _____

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

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