

## **SOLICITUD INDIVIDUAL PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) CONTENIDA EN EL CONJUNTO DE EXPEDIENTES DESIGNADOS (DRS)**

Los miembros anteriores y actuales de CalOptima pueden solicitar copias de su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) individual. De acuerdo con el Código de Asistencia Pública e Instituciones de California y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros de Salud (Federal Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), los miembros tienen derecho al acceso para inspeccionar y obtener una copia de su información de salud protegida contenida en un conjunto de expedientes designados (Designated Record Set, DRS). Este derecho no se aplica a la información recopilada con una anticipación razonable ni a la información que se usará en una audiencia de acción civil, penal o administrativa. Es posible que algunos registros adicionales también se excluyan, entre ellos, notas de servicios para miembros, registros relacionados con las operaciones de atención médica y más.

CalOptima responderá a esta solicitud en los próximos 30 días naturales a partir de la fecha en que reciba esta solicitud completa. No obstante, si la información no está disponible fácilmente, CalOptima puede tomar hasta 60 días naturales a partir de la fecha en que se recibió la solicitud para actuar al respecto. CalOptima le informará acerca de la aceptación de la solicitud y le proporcionará la información solicitada, de forma total o parcial, o le proporcionará una denegación por escrito que explique las razones para dicha denegación, en forma total o parcial, y si tiene derecho que se revise tal denegación. Si solicita que se le envíen los registros por correo postal, CalOptima puede hacerle un cargo de \$0.10 por página y de cualquier tarifa por estampillas.

### **Para solicitar una copia de su información de salud protegida en un conjunto de registros designados:**

1. Llene el formulario completo, incluyendo su nombre legal completo, su número CIN de 8 dígitos emitido por CalOptima, su fecha de nacimiento y el número de teléfono recomendable para comunicarse con usted. **Tome en cuenta que, para poder procesar su solicitud, debe incluir una identificación con fotografía y firma vigente con su formulario.** Debe llenarlo con letra imprenta legible.
2. Si desea designar a un representante personal para que tenga acceso a su información de salud protegida, también deberá llenar el formulario de Autorización de CalOptima para divulgar información de salud protegida. Las solicitudes enviadas por su representante personal estarán sujetas a una adecuada identificación o verificación.
3. Seleccione las categorías de registros que solicita de la lista proporcionada, o especifique, en la casilla "Otros", los tipos de registros que desea. Si no está seguro de lo que necesita, llame al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima al **1-888-587-8088** para obtener ayuda.
4. Tome en cuenta que si fue asignado a un plan de salud (por ejemplo, Monarch, AltaMed, etc.) en cualquier momento del periodo solicitado, usted también deberá comunicarse con el plan de salud. **CalOptima no conserva ni tiene acceso a expedientes médicos recopilados por planes de salud, hospitales o consultorios médicos (por ejemplo, registros de vacunación, radiografías, resultados de pruebas de laboratorio, y más).**
5. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su solicitud para acceder a su conjunto de registros designados, llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima al **1-888-587-8088**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:30 p.m. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar gratuitamente al **1-800-735-2929**. Tenemos personal que habla su idioma.

6. Podrá recoger su conjunto de registros designados en la oficina de CalOptima o recibirlo por correo electrónico o por correo postal certificado. Las solicitudes para enviar por fax los expedientes están sujetas a la aprobación de CalOptima. Los registros se enviarán de manera segura (codificados) al correo electrónico proporcionado a CalOptima. Sin embargo, CalOptima no se hará responsable por pérdidas de la información de salud protegida en cuentas personales de correo electrónico.

**SOLICITUD INDIVIDUAL PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) CONTENIDA EN EL CONJUNTO DE EXPEDIENTES DESIGNADOS (DRS)**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ CIN de CalOptima: \_\_\_\_\_

**Los tipos de registros que se mencionan a continuación son, por lo general, parte del conjunto de expedientes designados que conserva CalOptima. Seleccione las categorías de los registros que desea revisar o de los cuales quiere obtener una copia:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de reclamos médicos                     | <input type="checkbox"/> Declaración de audiencia estatal                                    |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de autorización médica                  | <input type="checkbox"/> Registros de elegibilidad   |
| <input type="checkbox"/> Registros de administración de la atención médica | <input type="checkbox"/> Formulario de inscripción (no se aplica a los miembros de Medi-Cal) |
| <input type="checkbox"/> Registros de reclamos de farmacia                 | <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____   |
| <input type="checkbox"/> Autorización previa de farmacia                   |  |
| <input type="checkbox"/> Aviso de acción                                   |  |

**Solicito que se me proporcionen copias de los registros correspondientes a las siguientes fechas de servicio:**

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(mes/día/año) (mes/día/año)

***Tenga en cuenta que las solicitudes enviadas sin un rango de fechas se considerarán incompletas.***

**Método de entrega solicitado (seleccione uno):**

Recoger “personalmente” en CalOptima (*sujeto a una adecuada identificación o verificación en el momento de retirar el envío*)

Correo: \_\_\_\_\_  
Calle/Unidad Ciudad Estado Código postal

Fax (*después de aprobación*): ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Se requiere información de identificación (seleccione una):**

Copia de identificación adjunta (por ejemplo, licencia de conducir vigente, acta de nacimiento, tarjeta de identificación de beneficios, etc.)

Si no se adjunta una identificación, su firma deberá estar certificada.

Certificada por: \_\_\_\_\_

N.º del notario público: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Si no contiene el sello de un notario público,  
no se considerará oficial.*

Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es veraz según mi leal saber y entender.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Miembro/Representante personal) (mes/día/año)



Si lo firma otra persona que no sea el miembro, indique el parentesco: \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ (*sujeto a una adecuada identificación o verificación*)  
Presente el formulario de solicitud completo y firmado a CalOptima ya sea en persona o envíelo por correo postal o fax.

**CalOptima**  
**Attn: Office of Compliance (Privacy)**  
505 City Parkway West, Orange, CA 92868  
**Fax: 1-714-481-6457**