



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

Usted tiene derecho a revisar su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que se guarda en el conjunto de registros designados (Designated Record Set, DRS). También tiene derecho a pedir copias de esos registros. Recibirá una respuesta a su solicitud en un plazo de 30 días de recibir su formulario completado. Si la información no está disponible de inmediato, CalOptima Health tiene hasta 60 días para entregarle su PHI. CalOptima Health puede cobrar una cuota de \$0.10 por página y por cualquier costo de estampillas, si usted pide que se le envíen las copias de los registros por correo postal.

Para solicitar una copia de su PHI en el DRS:

1. Llene todo el formulario con letra clara y de molde. **Para tramitar su solicitud, debe incluir una copia de su identificación válida con fotografía (ID) con su formulario.**
2. Si desea autorizar a otra persona para que tenga acceso o reciba su PHI, también debe llenar el formulario de Autorización para divulgar información de salud protegida de CalOptima Health. Las solicitudes hechas por su representante personal están sujetas a una verificación adecuada.
3. Escoja el tipo de registros que necesita de la lista que se proporciona. Si no está seguro de lo que necesita, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al **1-888-587-8088** para obtener ayuda.
4. Si formó parte de un plan de salud de la red durante alguna parte del periodo de fechas solicitado, también debe comunicarse directamente con ese plan de salud de la red para solicitar sus registros médicos. **CalOptima Health no tiene copias completas de sus registros médicos. Si desea consultar u obtener una copia de sus registros médicos, comuníquese con su médico o clínica.**
5. Si tiene alguna pregunta sobre su solicitud, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al **1-888-587-8088** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711**. Contamos con personal que habla su idioma.
6. Puede recoger sus registros en la oficina de CalOptima Health o recibirlos por correo electrónico o por correo postal certificado. Las solicitudes para enviar los registros por fax están sujetas a la aprobación de CalOptima Health. Los registros enviados por correo electrónico se enviarán de manera segura (codificados) al correo electrónico proporcionado. Sin embargo, CalOptima Health no se hace responsable por pérdidas de la PHI en cuentas personales de correo electrónico.



Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____
(mm/dd/aaaa)

Teléfono: _____ CIN de CalOptima Health: _____

Los siguientes tipos de registros forman parte del DRS que mantiene CalOptima Health. Escoja los tipos de registros que desea consultar u obtener, así como el periodo de fechas que solicita.

Autorizaciones

- ☐ solicitudes de autorizaciones médicas
- ☐ autorizaciones previas de farmacia
- ☐ avisos de acción

Registros de salud mental y del comportamiento

- ☐ autorizaciones y denegaciones
- ☐ notas de administración de casos

Administración de casos

- ☐ notas
- ☐ plan de atención
- ☐ evaluaciones

Reclamos y facturas

- ☐ registros de reclamos médicos
- ☐ registros de reclamos de farmacia

Servicios para Miembros

- ☐ registros de llamadas del miembro

Elegibilidad

- ☐ registros de elegibilidad
- ☐ asignación automática y cambios de plan de salud
- ☐ formularios de inscripción (no aplica a los miembros de Medi-Cal)

Quejas y apelaciones (GARS)

- ☐ registros de los casos de quejas
- ☐ registros de los casos de apelaciones

Control de enfermedades y educación sobre la salud

- ☐ plan de atención
- ☐ evaluaciones
- ☐ notas de control de enfermedades y educación sobre la salud

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

- ☐ evaluaciones
- ☐ autorizaciones
- ☐ notas de administración de casos

Programa de servicios múltiples para personas mayores (MSSP)

- ☐ evaluaciones
- ☐ plan de atención
- ☐ solicitudes de referencia
- ☐ notas sobre el progreso
- ☐ solicitud de inscripción

Audiencias estatales

- ☐ registros de las audiencias estatales

Estoy pidiendo copias de los registros para las siguientes fechas de servicio:

del _____ al _____
(mes/día/año) (mes/día/año)

Se considerarán incompletas las solicitudes enviadas sin un rango de fechas.



Método de entrega solicitado (escoja uno):

- ☐ Recoger "personalmente" en CalOptima Health (se requiere una identificación oficial en el momento de recoger los documentos).
- ☐ Correo _____
Calle/unidad Ciudad Estado Código postal
- ☐ Fax (después de recibir aprobación): _____ ☐ Correo electrónico: _____

Se requiere información de identificación (escoja una):

- ☐ Copia de identificación adjunta (por ejemplo, licencia de conducir oficial, acta de nacimiento, tarjeta de identificación de beneficios)
- ☐ Si no se adjunta una identificación, su firma deberá ser notariada.

Notarizada por: _____

N.º del notario público: _____

Fecha: _____

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

Casilla de firma:

(Comprendo que, con el fin de tramitar mi solicitud, se debe incluir a mi formulario de solicitud una copia de una identificación (ID) vigente emitida por el gobierno, una copia de la documentación de la autoridad legal o una firma notariada).

Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendo el contenido de este formulario.

Firma del miembro/representante personal Fecha

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de molde del padre/madre/tutor legal: _____ Relación: _____

CalOptima Health se reserva el derecho a solicitar documentación legal (por ejemplo, acta de nacimiento, orden judicial, entre otros) del padre/madre/tutor legal que firma en nombre del miembro dependiente.

Representante personal: incluya la documentación legal para verificar que usted es el tutor, ejecutor testamentario o cuenta con la autoridad para tomar decisiones médicas de la persona.

Entregue el formulario completado y firmado y una copia de su identificación a CalOptima Health ya sea en persona, o bien envíelo por correo postal o fax a:

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