



FORMULARIO PARA SOLICITAR LA RESTRICCIÓN EN LA FORMA O EL MÉTODO PARA ENVIAR CORRESPONDENCIA CONFIDENCIAL

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN: _____ Número de teléfono: _____

Puede solicitar recibir la correspondencia de su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) confidencial por otros métodos de comunicación o a una dirección diferente. Por ejemplo, es posible que no quiera recibir su información médica o de membresía en su hogar para evitar que la vea alguien de su familia.

Estaremos de acuerdo con esta solicitud si existe riesgo de que usted sufra daños personales por recibir la PHI que le envía CalOptima Health.

- ☐ **Solicito que CalOptima Health no envíe ninguna correspondencia que contenga mi PHI a la dirección o número de teléfono registrada en mi información de inscripción, ya que esto podría ponerme en peligro.**

Se pueden comunicar conmigo por el siguiente método o dirección (debe proporcionar una dirección diferente para que CalOptima Health pueda atender su solicitud de correspondencia confidencial):

Dirección: _____ N.º de apto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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 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.

FIRMA:

Firma del miembro: _____

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

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