



DECLARACIÓN DE DESACUERDO SOLICITUD PARA INCLUIR LA SOLICITUD DE CAMBIO Y DENEGACIÓN CON DIVULGACIONES FUTURAS

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN: _____ Número de teléfono: _____

Comprendo que CalOptima Health denegó mi solicitud para cambiar mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI). Mi solicitud con fecha del: _____ .

Elija solamente una de las casillas a continuación:

Comprendo que CalOptima Health puede preparar una objeción de mi declaración de desacuerdo. Una "objeción" es una declaración indicando la razón por la cual CalOptima Health no acepta mi declaración de desacuerdo. Si CalOptima Health prepara una objeción por escrito, comprendo que recibiré una copia.

☐ Quiero presentar esta "Declaración de desacuerdo".

No estoy de acuerdo con la denegación porque: _____

☐ No quiero presentar una "Declaración de desacuerdo", pero quiero que CalOptima Health incluya mi solicitud de cambio y la denegación con todas las divulgaciones de información que tengan que ver con mi solicitud de cambio.

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**. 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: _____