

Solicitud para el informe de divulgaciones

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN del miembro: _____ Número de teléfono: _____

Me gustaría solicitar un informe sobre cómo CalOptima ha divulgado mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI), en conformidad con la ley. Comprendo que CalOptima no tiene que informarme sobre los siguientes tipos de revelaciones:

1. Revelaciones para el propósito de tratamiento, pago u operaciones del sistema de atención médica.
2. Revelaciones a mi persona o autorizada por mí para otra(s) persona(s).
3. Revelaciones a personas que me prestan atención médica.
4. Revelaciones hechas antes del 14 de abril del 2003.

También comprendo que mi derecho a un informe de alguna, o toda la información divulgada, puede ser suspendido bajo algunas circunstancias.

Comprendo que CalOptima debe darme el informe en un plazo de 60 días de la fecha de mi solicitud o avisarme que se necesitan 30 días adicionales (o menos) para prepararlo.

Comprendo que tengo derecho a un informe gratuito de las revelaciones cada 12 meses. Se me puede cobrar una tarifa si solicito más de un informe dentro de los mismos 12 meses.

Tenga presente que esta no es una solicitud de acceso a la información médica protegida (PHI). Con este formulario, no recibirá registros tales como reclamos médicos o farmacéuticos. Si desea este tipo de registros, debe llenar la Solicitud individual para el acceso a la información de salud protegida contenida en el conjunto de registros designados.

Para más información sobre sus derechos de privacidad, visite la página de Internet www.caloptima.org o llame al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima gratuitamente al **1-888-587-8088**. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**. Contamos con personal que habla su idioma.

Deseo un reporte de la divulgación de mi información para el siguiente período de tiempo:

De: _____ Hasta: _____

Aviso: El período de tiempo no puede ser mayor de seis (6) años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril del 2003.

Me gustaría recibir el reporte de la siguiente manera (escoja una):

Recogerlo personalmente en CalOptima (se requiere una identificación al momento de entrega)

Por correo:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

De forma electrónica, enviada con seguridad por correo electrónico al: _____

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Si es un representante personal, llene la siguiente sección y proporcione la documentación apropiada:

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____