

Solicitud de miembro para cambiar su información de salud protegida

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN: _____ Número de teléfono: _____

Díganos qué información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) o registro quiere que CalOptima cambie:

Díganos por qué quiere este cambio. Debe dar el motivo:

AVISO:

CalOptima debe informarle en un plazo de 60 días naturales si el cambio fue hecho según su solicitud o que se necesita más tiempo (hasta 30 días naturales adicionales) para tomar una decisión. Díganos dónde debemos enviar la carta de respuesta:

Dirección: _____ Departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Si CalOptima decide cambiar sus registros según su solicitud, el cambio será enviado a cualquier persona que haya recibido la información antes del cambio. Díganos los nombres de las personas que necesitan el cambio de información.

No

Sí Escriba los nombres de las personas y sus direcciones:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Continúe en la página 2.

También, enviaremos la información que se cambió a las personas que sabemos que recibieron la información antes de que se cambiara si dependían, o podían atenerse en el futuro, a tal información. ¿Está de acuerdo con esto?

- No
- Sí

RESTRICCIONES:

CalOptima no tiene que cambiar su expediente si:

- CalOptima no creó la información.
- La información en los registros es precisa y completa.
- Usted no tiene derecho legal de acceso a la PHI que desea modificar.
- La información que quiere cambiar no es parte de la PHI que mantiene CalOptima (conjunto de expedientes designados; esto incluye información de inscripción, registros de facturación y registros que contienen la PHI que se usa para tomar decisiones sobre usted).

SUS DERECHOS:

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, consulte su copia del Aviso de prácticas de privacidad de CalOptima. También puede encontrarlo en nuestra página de Internet en www.caloptima.org o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima 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. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar gratuitamente al **1-800-735-2929**. Contamos con personal que habla su idioma.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante CalOptima llamando al **1-714-246-8500**.

CalOptima 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 sus derechos de privacidad.

FIRMA:

Firma del miembro: _____

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

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

PRESENTAR A CALOPTIMA:

Envíe el formulario llenado a:

CalOptima Privacy Officer
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
Fax: 1-714-338-3166