

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
A MIEMBROS DE LA FAMILIA O AMIGOS
QUE PARTICIPAN EN LA ATENCIÓN MÉDICA DEL MIEMBRO**

Instrucciones

Este formulario denominado “Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida a miembros de la familia o amigos que participan en la atención médica del miembro” le ayuda a CalOptima a proteger su privacidad. Le pedimos que llene este formulario para informarnos que usted quiere que compartamos su información médica protegida. Por favor lea la siguiente información y llene el formulario en la próxima página.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar el formulario, llame 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 las 8 a.m. a las 5:30 p.m. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**. Tenemos personal que habla su idioma.

Derechos de los miembros

- Entiendo que debo recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que puedo solicitar copias adicionales de esta autorización.
- Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización.
- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento.
- Entiendo que ni mi tratamiento ni los pagos por mi atención dependen en que yo me niegue o acepte firmar esta autorización.

Derecho a cancelar

Entiendo que tengo el derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Para cancelar esta autorización, entiendo que debo solicitarlo por escrito e indicar que estoy cancelando esta misma autorización. Además, debo firmar mi solicitud y enviarla por correo, por facsímile o entregarla en persona a:

CalOptima
Customer Service Department
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
Facsímile: 1-714-338-3104

Entiendo que la cancelación de esta autorización no afectará la habilidad de CalOptima o de cualquier proveedor médico de usar o divulgar mi información de salud protegida hasta el punto permitido por esta autorización.

Restricciones

Entiendo que la información de salud usada o divulgada como resultado de mi firma en esta autorización no puede ser usada o divulgada por el destinatario a menos de que se obtenga otra autorización de mí o a menos que dicho uso o divulgación es específicamente permitida o requerida por ley.

Por favor llene y envíe a CalOptima

Parte A: Información del miembro

Apellido: _____ Nombre: _____

Número de identificación de CalOptima (CIN): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono (celular): _____

Idioma preferido: _____

Parte B: Autorización

Por favor marque el cuadro apropiado para autorizarle a CalOptima usar o divulgar su información médica protegida. CalOptima puede usar o divulgar:

Toda mi información médica protegida, O

Limito el uso o divulgación de la siguiente información:

Parte C: Personas que pueden obtener la información indicada en la parte B

Por favor escriba los nombres de las personas que pueden obtener su información de salud protegida. Las personas indicadas deben ser mayores de 18 años de edad.

Parte D: Propósito de esta autorización

Para usar o divulgar la información, según mi solicitud, O

Para el siguiente propósito específico: _____

Parte E: Fecha de vencimiento

Esta autorización será vigente inmediatamente y se vencerá el: _____
o tres años después de la fecha de firma, lo que suceda primero. Fecha o evento

Parte F: Firma

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Base de la autoridad legal para que esta autorización sea firmada por un representante personal

Si un representante personal firma este acuerdo en nombre de un miembro, se debe incluir una copia junto con este acuerdo de la carta poder para atención médica, una orden judicial (tal como asignación de custodia, o como albacea o administrador del patrimonio de un miembro fallecido), un formulario de consentimiento del director de un centro regional o por una persona designada (según lo acordado por la Sección 4655 del Código de Bienestar e Instituciones), u otra documentación legal mostrando la autoridad del representante personal de actuar en nombre del individuo.

Nombre del representante personal: _____

Relación legal con el miembro: _____

Firma del representante personal: _____

Fecha: _____