

Solicitud de miembro para cambiar su información médica protegida

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN: _____ Número de teléfono: _____

Por favor, díganos qué información médica protegida o expediente quiere que CalOptima cambie:

Por favor, díganos por qué quiere este cambio. Debe dar el motivo:

NOTIFICACIÓN:

CalOptima debe notificarle dentro de 60 días si el cambio fue hecho según su solicitud o informarle que se necesita más tiempo (hasta 30 días adicionales) para tomar una decisión. Por favor, díganos a dónde enviarle la carta de respuesta:

Dirección: _____ Departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Si CalOptima decide cambiar su expediente según su solicitud, el cambio será enviado a cualquier persona quien recibió la información antes del cambio. Por favor díganos los nombres de las personas que necesitan el cambio de información.

No

Sí Por favor escriba el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) y su dirección:

También enviaremos la información que se cambió a las personas que sabemos que recibieron la información antes de que fuera cambiada si se basaron, o se pueden basar en el futuro, en la 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 el expediente es precisa y completa.
- Usted no tiene el derecho legal de obtener la información médica protegida que desea cambiar.
- La información médica protegida que quiere cambiar no es parte de la información que mantiene CalOptima (grupo de expedientes designados; esto incluye información de inscripción, expedientes de facturación y expedientes que contienen su información médica protegida que se usan para tomar decisiones sobre usted).

SUS DERECHOS:

Para más información sobre sus derechos de privacidad, por favor consulte la copia del Aviso de prácticas de privacidad de CalOptima. También puede leer el aviso en nuestra página de Internet: www.caloptima.org, o puede llamar 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. para solicitar una copia. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**. Tenemos personal que habla su idioma.

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con CalOptima o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con CalOptima, llame al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima al **1-714-246-8500**.

CalOptima no puede retirar sus beneficios ni reprimirlo si presenta una queja o usa cualquiera de los derechos mencionados en el Aviso.

FIRMA:

Firma del miembro: _____

Si es un representante personal, indique su relación con el miembro (por favor proporcione la documentación apropiada):

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

PRESENTAR A CALOPTIMA:

Cuando haya terminado de llenar este formulario, por favor envíela a CalOptima:

Office of Compliance
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

O entréguela en persona al Departamento de Servicios Para Miembros de CalOptima localizado en el 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.