

Solicitud para el reporte de divulgaciones

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN: _____ Número de teléfono: _____

Me gustaría solicitar un reporte sobre cómo CalOptima divulgó mi información médica protegida, de acuerdo a las regulaciones federales. Entiendo que CalOptima no tiene que decirme 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 mi para otra(s) persona(s).
3. Revelaciones a personas que me prestan atención médica.
4. Revelaciones a agencias federales o estatales que supervisan nuestro trabajo.
5. Revelaciones hechas antes del 14 de abril del 2003.

También entiendo que mi derecho a un reporte de alguna, o toda la información divulgada, puede ser suspendido por el gobierno bajo circunstancias limitadas.

Entiendo que CalOptima debe darme el reporte dentro de 60 días de la fecha de mi solicitud o avisarme que necesita 30 días adicionales (o menos) para prepararlo.

Entiendo que se me permite un reporte gratis de la información divulgada dentro de un período de 12 meses. Se me puede cobrar una tarifa si solicito más de un reporte dentro de un período de 12 meses.

Para más información sobre sus derechos de privacidad, por favor visite nuestra página de Internet www.caloptima.org o llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima 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.

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:

Por escrito enviado a la siguiente dirección:

Dirección: _____ Departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

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:** _____