

Solicitud para restringir el uso y divulgación de información médica protegida

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN: _____ Número de teléfono: _____

Entiendo que CalOptima puede usar o divulgar (revelar) mi información médica protegida para el propósito de tratamiento, pago y operaciones del sistema de atención médica. CalOptima puede divulgar mi información a cualquier persona involucrada con mi atención médica o para el pago de mi atención, tal como a un pariente o amigo.

Entiendo que CalOptima no tiene que acceder a mi solicitud.

Solicito que CalOptima restrinja el uso y divulgación de mi información médica protegida. La información que deseo restringir es:

Quiero limitar que CalOptima:

- Use esta información
- Divulgue esta información
- Use y divulgue esta información

Quiero que apliquen estos límites a las siguientes personas/entidades (por ejemplo: cónyuge): _____

USOS Y DIVULGACIONES REQUERIDOS:

Aun si CalOptima accede a esta restricción, la información aun puede ser compartida conforme a las siguientes circunstancias:

- Durante una emergencia médica si la información restringida es necesaria para brindar tratamiento urgente. Sin embargo, si la información es revelada durante una emergencia, CalOptima le informará a esta persona/entidad que no deben usar o divulgarla para cualquier otro propósito.
- Para actividades de supervisión por la agencia de salud
- Para usos o divulgaciones requeridas por ley
- Si la restricción es anulada por escrito
- Doy mi consentimiento verbalmente de la anulación y ésta es documentada

- CalOptima me informa que anulará este acuerdo. En dado caso, la anulación sólo es efectiva para la información médica protegida creada o recibida por CalOptima después de la notificación de anulación.

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** o escriba a:

CalOptima
Customer Service Department
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

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: _____