

Solicitud en la manera/método de recibir comunicación confidencial

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN: _____ Número de teléfono: _____

Puede solicitar recibir su información médica protegida confidencialmente y que sea enviada a una dirección diferente. Por ejemplo, es posible que no quiera recibir su información médica en su casa para que no la pueda ver alguien de su familia.

Se puede conceder estas solicitudes si tiene riesgo de sufrir daños personales por recibir la información médica protegida que le envía CalOptima.

- Solicito que CalOptima no envíe comunicaciones sobre mi información médica protegida a la dirección o número de teléfono que aparece en mi expediente o formulario de inscripción debido a posibles daños personales.**

Se pueden comunicar conmigo a la siguiente dirección (debe proporcionar otra dirección para que CalOptima pueda acceder a su solicitud):

Dirección: _____ Departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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: _____