

Formulario de Solicitud de Comunicaciones Confidenciales



CalViva Health desea que usted sepa que tiene una opción con respecto a su información médica protegida (por sus siglas en inglés, PHI). Puede solicitar a CalViva Health que le envíe cualquier comunicación que tenga PHI directamente a usted.*

Las leyes de California establecen: “Servicios para Asuntos Delicados significa: todos los servicios de atención de salud relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, los trastornos por abuso de sustancias, la atención para la afirmación del género y la violencia de pareja”.

La PHI es información médica sobre usted. Algunos ejemplos de comunicaciones que incluyen PHI son:


- Información sobre sus citas.
- Información sobre tratamiento o servicios que pueda haber solicitado.
- El nombre y la dirección de su proveedor, descripciones de los servicios proporcionados y otra información sobre consultas.

***Nota:** La opción de solicitar que se mantenga la privacidad de la PHI solo se aplica a los afiliados que tienen el derecho de dar su consentimiento para la atención. Consulte el Manual del Afiliado de CalViva Health para obtener más información sobre el consentimiento para menores de edad. Si usted tiene más de 12 años, no necesita la aprobación de su padre/madre, tutor o representante personal para realizar la Solicitud de Comunicaciones Confidenciales.

Complete este formulario si desea que le enviemos las comunicaciones que contienen PHI directamente a usted.

Envíe por correo postal o por fax este formulario completado a CalViva Health.


CALCULE QUE PROCESAR SU SOLICITUD NOS LLEVARÁ 14 DÍAS COMO MÁXIMO.

 Correo postal: CalViva Health – Privacy Office:
7625 N. Palm Ave., Suite 109, Fresno, CA 93711

 Fax: (559) 446-1998, Attention: CalViva Health Privacy Office

¡ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARLE!

Si tiene preguntas, llámenos o envíenos un correo electrónico.

 Teléfono: Consulte el número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

 Correo electrónico: Privacy@CalVivaHealth.org

¡Sugerencia!

Si cambia su inscripción a otro plan, tendrá que volver a completar este formulario con su nuevo Número de Identificación de afiliado.

Formulario de Solicitud de Comunicaciones Confidenciales



Su información:		
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Número de identificación del afiliado:	Número de teléfono: <i>¿Adónde podemos llamarle si tenemos preguntas?</i>	
¡Sí! Envíen las comunicaciones con mi PHI a esta dirección postal:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Certifico y reconozco que la información anterior es verdadera y correcta.		
Firma:	Fecha:	

Nota: La Solicitud de Comunicaciones Confidenciales tendrá validez hasta que el afiliado presente una revocación de la solicitud. O bien, hasta que se presente una nueva Solicitud de Comunicaciones Confidenciales.

Si usted está firmando en nombre del afiliado, describa su relación a continuación. Si es representante personal del afiliado, descríballo a continuación. Y envíenos copias de esos formularios (como un Poder Legal o una Orden de Tutela).

Certifico y reconozco que la información anterior es verdadera y correcta.	
Nombre del Representante Personal: (Escriba con letra de molde)	
Describa la relación:	
Relación con el afiliado: (Escriba con letra de molde)	
Firma del representante personal:	
Firma:	Fecha: