

**Solicitud para restringir el uso y divulgación de información de salud protegida**

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de CIN: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Comprendo que CalOptima puede usar o divulgar (revelar) mi información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) para el propósito de tratamiento, pago y operaciones del sistema de atención médica. CalOptima también 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.

Comprendo que CalOptima no tiene que estar de acuerdo con mi solicitud.

Solicito que CalOptima restrinja el uso y divulgación de mi PHI.

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 o entidades (por ejemplo: cónyuge):

\_\_\_\_\_

**USOS Y DIVULGACIONES REQUERIDOS:**

Incluso si CalOptima está de acuerdo con esta restricción, la información aún puede ser compartida en las siguientes circunstancias:

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

*Continúe en la página 2.*

- CalOptima me informa que anulará este acuerdo. En dado caso, la anulación únicamente tiene validez para la PHI creada o recibida por CalOptima después del aviso de anulación.

#### SUS DERECHOS:

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, consulte su copia del Aviso de prácticas de privacidad de CalOptima. También puede encontrarlo en nuestra página de Internet en [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) o llamando 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 8 a. m. a 5:30 p. m. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar gratuitamente al **1-800-735-2929**. Contamos con personal que habla su idioma.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante CalOptima llamando al **1-714-246-8500** o escribiendo a la siguiente dirección:

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

CalOptima no puede revocar sus beneficios de atención médica ni hacer nada que le afecte de alguna manera si decide presentar una queja o ejercer alguno de sus derechos de privacidad.

#### FIRMA:

Firma del miembro: \_\_\_\_\_

Si es un representante autorizado, proporcione la documentación apropiada:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_