

**Declaración de desacuerdo**

**Solicitud para incluir la solicitud de cambio y denegación con divulgaciones futuras**

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

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

Número de CIN del miembro: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Comprendo que CalOptima denegó mi solicitud para cambiar mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI). Mi solicitud fue hecha el: \_\_\_\_\_.

**Únicamente elija una de las casillas a continuación:**

Comprendo que CalOptima puede preparar una objeción de mi declaración de desacuerdo. Una “objeción” es una declaración indicando la razón por la cual CalOptima no acepta mi declaración de desacuerdo. Si CalOptima prepara una objeción por escrito, comprendo que recibiré una copia.

Quiero presentar esta “Declaración de desacuerdo”.  
No estoy de acuerdo con la denegación porque: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No quiero presentar una “Declaración de desacuerdo” pero quiero que CalOptima incluya mi solicitud de cambio y la denegación con todas las divulgaciones de información que tengan que ver con mi solicitud de cambio.

**SUS DERECHOS:**

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

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante CalOptima o el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante CalOptima, llame al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima al **1-714-246-8500**. CalOptima no puede retirar sus beneficios de atención médica ni reprimirlo si presenta una queja o usa cualquiera de los derechos de privacidad mencionados en el Aviso.

**FIRMA:**

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

Si es un representante autorizado (proporcione la documentación legal apropiada):

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