

Anulación de la solicitud de restricción

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del miembro: _____ CIN del miembro: _____

El miembro nombrado arriba solicitó restringir el uso y divulgación de información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) con fecha del [DATE].

El miembro solicita que se anule la restricción.

Firma del miembro: _____

Si es el representante autorizado, proporcione la documentación legal apropiada:

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

El miembro está de acuerdo con anular la restricción.

Firma del miembro: _____

Si es el representante autorizado, proporcione la documentación legal apropiada:

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

El miembro dio su consentimiento verbal para anular la restricción.

Firma del representante de CalOptima quien recibió el consentimiento verbal:

CalOptima le está informando que el acuerdo ha sido anulado. La anulación solo aplica a la PHI creada o recibida por nosotros después de que usted recibió este aviso.

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 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:

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.

Atentamente,

Privacidad HIPAA

Oficina de Cumplimiento Normativo