

Formulario de Solicitud de Comunicaciones Confidenciales



California Health & Wellness (CHW) desea que usted sepa que tiene una opción con respecto a su información médica protegida (por sus siglas en inglés, PHI). Puede solicitar a CHW 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.
- Denegaciones de reclamos, solicitudes de información adicional sobre reclamos y alertas sobre reclamos rechazados.
- El nombre y la dirección de su proveedor, descripciones de los servicios proporcionados y otra información sobre la consulta.

Nota: Si usted tiene más de 12 años, no requiere 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. Las comunicaciones se enviarán a una dirección postal o de correo electrónico aparte. (**Tenga en cuenta que** no todas las comunicaciones se le pueden enviar por correo electrónico). Si desea ver la información que se indica más arriba en línea, inicie sesión en nuestro portal seguro en CHW. www.cahealthwellness.com.

Envíe por correo o por fax este formulario completado a Health Net.

Calcule que procesar su solicitud nos llevará 14 días como máximo.

 **Correo postal:** Health Net – Privacy Office: Attention CHW
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

 **Fax:** (818) 676-8314, Attention: CHW 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@HealthNet.com. Atención: CHW

¡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 suscriptor:	Número de teléfono: <i>¿Adónde debemos llamarle si tenemos preguntas?</i>	
¡Sí! Envíen las comunicaciones con mi PHI a esta dirección postal y/o dirección de correo electrónico:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:		
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, se presente una nueva Solicitud de Comunicaciones Confidenciales.

Si usted está firmando en nombre del afiliado, describa su relación a continuación. Si es el representante personal del afiliado, describa su autorización a continuación y envíenos copias de los formularios que la respaldan (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: