

# Formulario de Solicitud de Comunicaciones Confidenciales



Desde Community Health Plan of Imperial Valley, queremos hacerle saber que usted tiene una opción en cuanto a su información médica protegida (por sus siglas en inglés, PHI). Puede pedir que Community Health Plan of Imperial Valley le envíe directamente cualquier comunicación que contenga PHI.

Según la ley de California, “servicios confidenciales 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 relacionada con la afirmación de género y la violencia doméstica”.

## **La PHI incluye información médica suya. Estos son ejemplos de comunicaciones que contienen PHI:**


- Información sobre sus citas.
- Denegaciones de reclamos, solicitudes de más información sobre reclamos y alertas de reclamos disputados.
- El nombre y la dirección de su proveedor, descripciones de los servicios prestados y otra información sobre la visita.


**Nota:** Si tiene más de 12 años, no necesita la aprobación de su padre o madre, tutor o representante personal para presentar la *Solicitud de Comunicaciones Confidenciales*.

Complete este formulario si desea que le enviemos directamente a usted comunicaciones que contengan PHI. Dichas comunicaciones se enviarán a una dirección de correo postal o correo electrónico diferente. (**Tenga en cuenta** que no todas las comunicaciones pueden enviarse por correo electrónico).

## **Envíe el formulario completado por correo o fax a Community Health Plan of Imperial Valley.**

***El procesamiento de su solicitud puede demorar hasta 14 días.***


 **Correo postal:** Community Health Plan of Imperial Valley – Privacy Office  
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103.

 **Fax:** (818) 676-8314, A la atención de: Community Health Plan of Imperial Valley  
Privacy Office.

## ***Estamos aquí para brindarle ayuda.***

Llámenos o envíenos un correo electrónico si tiene preguntas.

 **Teléfono:** Llame al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

 **Correo electrónico:** [Privacy@HealthNet.com](mailto:Privacy@HealthNet.com). A la atención de: Community Health Plan of Imperial Valley.

### **¡Importante!**

Si cambia su inscripción a otro plan, deberá completar este formulario nuevamente con el número de identificación de afiliado nuevo.

# Formulario de Solicitud de Comunicaciones Confidenciales



Su información:		
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
N.º de identificación del suscriptor:		Número de teléfono: ¿Dónde podemos llamarle si tenemos preguntas?
Sí. Quiero que me envíen las comunicaciones que contengan mi PHI a esta dirección de correo postal o correo electrónico:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:		
Certifico y reconozco que la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta.		
Firma:	Fecha:	

**Nota:** La *Solicitud de Comunicaciones Confidenciales* tendrá validez hasta que el afiliado envíe una revocación de la solicitud o presente una nueva *Solicitud de Comunicaciones Confidenciales*.

Si firma en nombre del afiliado, explique cuál es su relación a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación y envíenos copias de los formularios que lo respalden, por ejemplo, un poder legal o una orden de tutela.

Certifico y reconozco que la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta.	
Nombre del representante personal: (en letra de imprenta)	
Explique cuál es la relación:	
Relación con el afiliado: (en letra de imprenta)	
Firma del representante personal:	
Firma:	Fecha: