

Formulario de Solicitud de Revocación de Comunicaciones Confidenciales



Deseo cancelar o revocar la solicitud de comunicación confidencial que entregue a Community Health Plan of Imperial Valley sobre lo siguiente:

- Comunicaciones de la cuenta (mensajes, alertas, etc.)
- Información médica
- Servicios confidenciales

A partir de la fecha a continuación.

Su información:		
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
N.º de identificación del suscriptor:	Número de teléfono: <i>¿Dónde podemos llamarle si tenemos preguntas?</i>	
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:		

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”.

Información médica incluye:

- Información sobre sus citas.
- Rechazos de reclamos. Solicitudes de más información sobre reclamos. Alertas sobre reclamos impugnados.
- Nombre y dirección de su proveedor. Detalles de los servicios realizados y otra información sobre las visitas.

Comprendo que mi información médica se ha podido enviar a la línea de comunicación de respaldo preferida. También comprendo que esta revocación solo aplica al consentimiento que solicité previamente como comunicación de respaldo.

Certifico y reconozco que la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta.	
Firma:	Fecha:

(continúa)

Formulario de Solicitud de Revocación 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:

Community Health Plan of Imperial Valley dejará de usar o compartir su información médica después de haber recibido y procesado este formulario. Use la dirección postal que aparece a continuación. También puede llamar al número de teléfono que figura a continuación para pedir ayuda.


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: 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.