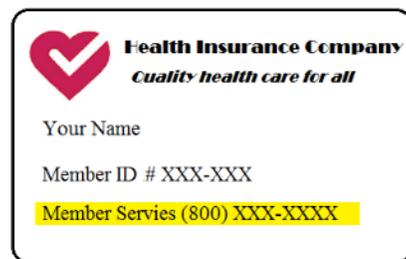


PROTEGE MI INFORMACIÓN.

Como Presentar la Solicitud de Comunicaciones Confidenciales

Siga estos pasos para presentar su Solicitud de Comunicaciones Confidenciales a su plan de salud y asegurar que su información médica se mantenga privada y sea protegida.

1. Llene la Solicitud de Comunicaciones Confidenciales lo más completamente posible.
2. Llame al departamento de servicios para miembros de su plan de salud y pregunte como presentar la solicitud de Comunicaciones Confidenciales. El número de teléfono gratuito se encuentra en su tarjeta de plan de salud.



3. Puede utilizar este texto para hablar con su compañía de seguro médico:
 - Hola, mi nombre es _____.
 - El número de mi seguro médico es # _____ [diga el número de seguro médico]
 - Tengo cobertura médica bajo el plan de salud de mis **padres/esposo/esposa**.
 - No quiero que información de servicios médicos que yo reciba sea incluida en comunicaciones enviadas a mis **padres/familiares**.
 - Bajo la nueva ley de California, Confidential Health Information Act, puedo presentar una Solicitud de Comunicaciones Confidenciales para que el plan de salud no envíe a mis padres/familiares información sobre servicios médicos que yo reciba.
 - Ya llene la solicitud. ¿Cuál sería el mejor método de enviarla solicitud? ¿Mando la solicitud por correo electrónico, fax, o por correo postal?
 - ¿Puede confirmar que la solicitud fue procesada? Si tiene preguntas puede comunicarse conmigo al _____ [número de teléfono o correo electrónico]
 - Gracias!
4. Siga las instrucciones de su seguro médico para presentar la solicitud, yasea por correo electrónico, fax, o correo postal.
5. Confirme que su solicitud de comunicaciones confidenciales fue recibida y que su información médica este protegida **antes de recibir servicios médicos**. Si presentó su solicitud por teléfono, correo electrónico o fax llame a su seguro médico después de 7 días. Si envió la solicitud por correo postal llame después de 14 días.

PROTEGE MI INFORMACIÓN.

Solicitud de Comunicaciones Confidenciales

La ley* de California exige que, a partir del 1 de enero de 2015, las compañías aseguradoras acaten esta solicitud.

Nombre de su compañía de seguro de salud

Su nombre

Su fecha de nacimiento

Su número personal de asegurado

Solicito lo siguiente: (Marque una o ambas de las siguientes afirmaciones)

_____ Que **toda la información médica sobre los servicios de carácter confidencial** que yo reciba bajo la cobertura de mi seguro médico me sea enviada a mí directamente y no deberá compartirse con mis familiares. (Se entiende por "servicios de carácter confidencial" aquellos relacionados con la salud sexual y reproductiva, salud mental, consejería en caso de agresión sexual, y la atención y tratamientos relacionados con el uso de alcohol y drogas).

_____ Que **toda la información relacionada con la atención médica que yo reciba** bajo la cobertura de mi seguro médico, incluyendo dónde y cuándo la reciba, me sea enviada a mí directamente y no deberá compartirse con mis familiares, debido a que, de llegarse a divulgar la totalidad o parte de esa información, yo podría sufrir daño o ser víctima de acoso o abuso. **(Nunca se le pedirá que explique las razones por las que piensa de esa manera).**

Solicito que toda comunicación que incluya cualquier tipo de información como la referida anteriormente, se me envíe a mí directamente y de la siguiente manera:

(Marque uno o más medios que usted considere seguros para recibir información. Si marca más de uno, coloque un "1" junto a su opción preferida y un "2" junto a su segunda opción.)

- _____ Correo electrónico a la siguiente dirección: _____
- _____ Mensaje a través del portal en línea para pacientes de mi plan de seguros: _____
- _____ Mensaje de texto al siguiente # telefónico: _____
- _____ Por correo a la dirección escrita en la siguiente línea
- _____ Otro (describalo): _____

IMPORTANTE: DEBE completar las siguientes dos secciones:

1. **Dirección segura donde puedo recibir correo:** (Si una comunicación no pudiera enviarse a través del medio o medios seleccionados o si yo prefiriese recibir información a través del correo, **pido usar la siguiente dirección:**)

2. **Número telefónico donde puedo recibir llamadas:** (¿Hay un número telefónico o correo electrónico que se pueda usar para dirigir preguntas en relación con esta solicitud?)

Esta solicitud será válida hasta que sea por mí revocada o presente una nueva.

Firma: _____ **Fecha:** _____

La ley del estado de California obliga a los proveedores de seguros médicos a acatar una Solicitud de Comunicaciones Confidenciales (CCR, por sus siglas en inglés) en los casos en los que, por medio de esta, se solicite que la información concerniente a los "servicios de carácter confidencial", tal y como los define la ley, no se divulgue al titular o dueño de la póliza o plan de seguro, o cuando en la CCR se solicite que la información concerniente a todos los servicios de salud se mantenga bajo confidencialidad debido a que, de llegar a conocimiento del dueño o titular de la póliza o plan de seguro, podría ponerse en peligro a otros o exponerlos al acoso. Bajo la ley de California, cuando se presenta una CCR, los proveedores de seguros médicos deberán enviar la información directamente al asegurado particular, como se designó anteriormente, y no al titular o dueño de la póliza. Con el fin de cumplir esta legislación, los proveedores de seguros médicos deberán poner en efecto las CCR en un plazo de siete días tras ser recibidas a través de un medio electrónico o 14 días si se recibieron a través del correo regular de primera clase. Consúltense el Código Civil de California, códigos 56. 05 y 56. 107, y el Código de Seguros de California, códigos 791. 02 y 791. 29.