

Según lo requerido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y la ley de California, usted tiene derecho a solicitarle a Molina Healthcare las comunicaciones relacionadas con su información médica protegida en una forma y un formato específicos o en otras ubicaciones. Adaptaremos su Solicitud de Comunicación Confidencial para que cumpla con la ley. Tenga en cuenta que solo las Personas Protegidas pueden solicitar comunicaciones confidenciales de su información médica en relación con la recepción de servicios confidenciales*. Este formulario le permite indicarnos de qué manera le gustaría recibir su Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI)/Información Médica. También puede indicarnos la dirección en la que le gustaría recibir su PHI/Información Médica.

* Los "servicios confidenciales" son los servicios de atención médica descritos en las Secciones 6924, 6925, 6926, 6927, 6928, 6929 y 6930 del Código Familiar de California y en las Secciones 121020 y 124260 del Código de Salud y Seguridad de California.

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE:

Nombre del Miembro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de identificación de miembro _____ Teléfono: _____

Deseo solicitar el uso de los siguientes medios/formatos u otras ubicaciones para recibir comunicaciones relacionadas con mi Información Médica Protegida (PHI)/Información Médica.

Esta solicitud corresponde a la siguiente Información Médica Protegida (PHI)/Información Médica sobre mí:

Esta solicitud reemplaza cualquier solicitud previa para comunicaciones confidenciales que haya realizado.

Seleccione todas las opciones que correspondan:

Por teléfono

Deseo que me llamen por teléfono al: Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Dejar mensajes en el contestador automático: Sí No

Dejar mensajes con cualquier otra persona: Sí No

Por correo postal

Quiero que se comuniquen conmigo a la siguiente dirección:

Por correo electrónico

Quiero que se comuniquen conmigo mediante la siguiente dirección de correo electrónico: _____

Envíe el formulario completo a Molina Healthcare mediante uno (1) de los siguientes medios:

Fax	(844) 834-2155
Dirección Postal	Molina Healthcare Attn: Service Fulfillment 200 Oceangate Ste 100 Long Beach CA 90802

Firma del Miembro o su Representante Personal

Fecha

Nombre en Letra de Molde del Representante Personal del Miembro, si corresponde

Relación con el Miembro o Autoridad del Representante Personal para actuar en nombre del Miembro, si corresponde

Para Molina Healthcare:

Fecha de Recepción: _____ Fecha de Cancelación o Modificación: _____