

Formulario de solicitud de comunicación confidencial

Los miembros de Alameda Alliance for Health (Alliance) tienen derecho a elegir cómo nos comunicamos con ellos sobre su cuidado de la salud. Esto incluye su información de salud protegida (protected health information, PHI). Podemos comunicarnos con los miembros de forma segura por correo postal, correo electrónico o por teléfono.

Si desea recibir comunicaciones confidenciales sobre cualquier servicio de cuidado de la salud que reciba, llene y devuelva este formulario.

Si tiene 12 años o más y está recibiendo atención para necesidades de salud sensibles, puede solicitar que esta información se mantenga en privado.

Los servicios sensibles incluyen aspectos como:

- cuidado de la salud mental;
- tratamiento para el consumo de alcohol o drogas;
- atención durante el embarazo o anticoncepción;
- atención durante el parto;
- pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS).

Alliance dirigirá cualquier comunicación confidencial que contenga información de salud protegida (PHI) a la dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono preferidos que usted proporcione.

Instrucciones

1. Escriba claramente con letra de molde o a máquina en todos los siguientes campos.
2. Entregue el formulario completo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico.

Para los miembros de Alliance Group Care y Medi-Cal:

En persona o por correo postal:

Atención: Departamento de Servicios al Miembro
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

Correo electrónico: **memberservices@alamedaalliance.org**

Para miembros de Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP):

En persona o por correo postal:

Atención: Departamento de Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness
Alameda Alliance Wellness
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

Correo electrónico: **DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org**

Tenga en cuenta lo siguiente: Puede modificar o cancelar su solicitud en cualquier momento enviando un nuevo formulario.

Formulario de solicitud de comunicación confidencial

Sección 1: Información del miembro

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Número de identificación del miembro de Alliance: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono celular

Sección 2: Cómo recibir comunicaciones confidenciales

Yo solicito que las comunicaciones que contengan información confidencial (privada) me sean enviadas por (seleccione todas las que apliquen):

☐ Correo postal a esta dirección preferida:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

☐ Correo electrónico a: _____

☐ Teléfono llamando al: _____ ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono celular

Sección 3: Firma

Al firmar a continuación, confirmo que la información proporcionada en este formulario es verídica y correcta. Entiendo que esta solicitud cambia la forma en que Alliance se comunicará conmigo. Esta forma de comunicación se mantendrá igual hasta que yo la cancele o envíe un nuevo formulario de solicitud de comunicación confidencial de Alliance.

Si firma en nombre del miembro, describa su relación a continuación. Si ha sido designado por una corte o mediante un proceso legal como representante personal del miembro, envíenos copias de los documentos legales (como un poder notarial o una orden de tutela).

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco con el miembro (si firma en su nombre): _____

Este formulario cumple con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)/Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP), los requisitos contractuales del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services, DHCS) y las leyes de confidencialidad de California aplicables, incluida la Ley de Confidencialidad de la Información Médica (Confidentiality of Medical Information Act, CMIA) y el artículo 1364.5 del Código de Salud y Seguridad.