



Formulario de solicitud de comunicación confidencial

Como miembro de Alameda Alliance for Health (Alliance), usted tiene derecho a elegir cómo nos comunicamos con usted sobre su cuidado de la salud. Esto incluye su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI). Podemos comunicarnos con usted de forma segura por correo postal, correo electrónico o teléfono.

Si compartir su información de salud pudiera ponerle en peligro, podemos mantenerla en privado. No es necesario que presente pruebas de que está en peligro.

Si tiene 12 años o más y estás recibiendo atención para necesidades de salud sensibles, puedes solicitar que esta información se mantenga en privado. Los servicios sensibles incluyen aspectos como:

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

Para estos servicios, Alliance no enviará una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) a la persona titular del plan de salud (asegurado principal).

Para solicitar comunicaciones médicas confidenciales, debe enviar este formulario a través de correo postal, fax o correo electrónico:

Correo postal: Attn: Member Services Department

Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

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

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

Sección 1: Información del miembro

Apellido: _____ Nombre: _____

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

Número de identificación de 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) se envíen 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 modifica la forma en que Alliance se comunicará conmigo. Esta forma de contacto 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, por favor, 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 por él): _____

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 (Dual Eligible Special Needs Plans, 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 Código de Salud y Seguridad §1364.5.