

Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida



Cuando se inscribió en CalViva Health, le informamos en su Manual del Afiliado que determinados servicios administrativos y de apoyo se proporcionan a CalViva Health conforme a arreglos contractuales con distintos terceros.

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación de su información médica protegida (por sus siglas en inglés, PHI), según se establece a continuación. Esta autorización se requiere para el uso o la divulgación de su PHI fuera de los usos y las divulgaciones para pago, tratamiento u operaciones de atención de salud a fin de cumplir con los términos de las regulaciones federales de la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, HIPAA), Título 45 C.F.R. 164.508. Una copia de este formulario tiene la misma validez que el original. Por medio del presente, usted autoriza a CalViva Health a proporcionar a la persona o la entidad identificadas a continuación la información médica que se describe más abajo.

Verificación de la persona cuya información se divulgará - escriba con letra de molde

Nombre del afiliado: _____ Fecha de nacimiento del afiliado: _____

N.º de identificación de CalViva Health o Medi-Cal: _____ Edad del afiliado (si es menor): _____

Toda mi información médica (INCLUYENDO información, servicios o resultados de pruebas genéticas; datos y registros sobre el VIH/SIDA; datos y registros sobre salud mental; datos y registros sobre medicamentos que requieren receta médica; y datos y registros sobre el consumo de drogas y alcohol).

O simplemente información sobre los temas que se marcan a continuación:

Descripción de la información que se divulgará - escriba con letra de molde

Esta Autorización se limita a la siguiente información médica (marque la/s casilla/s que corresponda/n):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Información sobre la solicitud, la inscripción y la elegibilidad | <input type="checkbox"/> Información sobre la cuenta |
| <input type="checkbox"/> Información sobre los reclamos/la explicación de beneficios | <input type="checkbox"/> Información sobre la farmacia |
| <input type="checkbox"/> Autorización previa | <input type="checkbox"/> Expedientes médicos |
| <input type="checkbox"/> Información sobre la facturación/el pago de las primas | <input type="checkbox"/> Tratamiento con medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para el alcoholismo | |
| <input type="checkbox"/> Información relativa al VIH/SIDA, incluyendo el complejo relacionado con el SIDA (CRS) o la información confidencial relacionada con enfermedades transmisibles | |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de información (describa): _____ | |

Persona o entidad que recibirá la información

Nombre: _____

Compañía (si corresponde): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Vencimiento de la autorización

Esta autorización vencerá el _____ (mm/dd/aa).

Nota: El período de tiempo por el que es válida esta autorización no debe exceder un año en California. Si el espacio se deja en blanco, esta autorización vencerá a los 365 días desde la fecha de la firma de esta autorización.

Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida



Información importante

- Si la persona u organización a la que usted autorizó para recibir la información que se describe más arriba no está sujeta a las leyes federales de privacidad de la información médica, podrá a su vez divulgar la información médica protegida y es posible que dicha información ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.
- Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, enviando un aviso a CalViva Health Privacy Office 7625 N. Palm Ave., Suite 109 Fresno, CA 93711, según se establece en el Aviso de Privacidad de CalViva Health. Su revocación tendrá vigencia al ser recibida, pero no en la medida en que CalViva Health u otros hayan actuado sobre la base de esta autorización.
- Ni el pago, ni la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios estarán condicionados a que usted brinde o se niegue a brindar esta autorización. Esta restricción no se aplica si CalViva Health busca obtener información relacionada con su elegibilidad o inscripción en CalViva Health cuando usted aún no está afiliado, o bien, información requerida para el pago de un reclamo de beneficios específico.
- Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Para el destinatario de la información sobre trastornos por abuso de sustancias: Esta información se le ha divulgado a usted a partir de registros protegidos por reglas federales de confidencialidad (Título 42, CFR, Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de la información de este registro que identifique a un paciente como que tiene o ha tenido un trastorno por abuso de sustancias, ya sea directamente, por referencia a información públicamente disponible, o a través de la verificación de dicha identificación por parte de otra persona, a menos que una divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o esté permitida de otro modo por el Título 42, CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para tal fin. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o llevar a juicio a cualquier paciente con diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias.

Envíe este formulario completado por correo a:

CalViva Health, NCO, PO Box 10697, San Rafael, CA 94912

Fax: (415) 257-1484

Al firmar esta autorización, usted acepta que ha leído y entiende la información anterior, y que su firma autoriza la divulgación de la información descrita más arriba.

Firma del afiliado, representante personal, padre/madre o tutor que autoriza la divulgación.

Fecha

Si esta autorización es firmada por un representante personal del afiliado, requeriremos la verificación de la autoridad de la persona para actuar como representante personal antes de que se divulgue cualquier clase de PHI en conformidad con esta autorización. Si esta autorización es firmada por el padre/la madre o el tutor de un afiliado menor, podemos requerir información adicional, incluyendo una autorización aparte firmada por el afiliado menor, antes de divulgar cualquier clase de PHI relativa al afiliado.

Nondiscrimination Notice

CalViva Health complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

CalViva Health:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the CalViva Health Member Services Department at 1-888-893-1569 (TTY: 711) toll free 24 hours a day, 7 days a week. Or if you cannot hear or speak well, please call TTY: 711.

How to file a grievance

If you believe that CalViva Health has failed to provide these services or discriminated in another way, you can file a grievance by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call CalViva Health toll free 24 hours a day, 7 days a week at 1-888-893-1569. Or if you cannot hear or speak well, please call TTY: 711.
- **In writing:** Call CalViva Health toll free 24 hours a day, 7 days a week at 1-888-893-1569 (TTY: 711) and ask to have a form sent to you. Your doctor's office will also have grievance forms available. Fill out the grievance form or send a letter to:

CalViva Health Member Appeals and Grievances Department
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348
Fax: 1-877-713-6189

- **Electronically:** Visit CalViva Health's website at www.calvivahealth.org.

Office of Civil Rights

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 or if you cannot hear or speak well, please call TTY/TDD 1-800-537-7697.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English: If you, or someone you're helping, has questions about CalViva Health, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-888-893-1569 (TTY: 711).

Arabic: إذا كان لديك أو شخص ما تساعدك أية استفسارات عن CalViva Health, لديك الحق في تلقي المساعدة والمعلومات بلغتك مجاناً. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على الرقم 1-888-893-1569 (TTY: 711).

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, հարցեր CalViva Health-ի մասին, դուք իրավունք ունեք ստանալ օգնություն և ձեր լեզվով անվճար տեղեկություններ: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք 1-888-893-1569 հեռախոսահամարով (TTY: 711)

Cambodian (Khmer): បើសិនលោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលលោកអ្នកកំពុងជួយមានសំណួរអំពី CalViva Health លោកអ្នកមានសិទ្ធិ ទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានជាភាសារបស់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីប្រឹក្សាជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-893-1569 (TTY: 711)។

Chinese (Traditional): 如果您或您協助的人士對 CalViva Health 有疑問，您有權免費取得以您的語言提供的協助及資訊。如欲取得口譯員協助，請致電 1-888-893-1569 (TTY: 711)。

Hindi: यदि आप, या कोई व्यक्ति जिसकी आप मदद कर रहे हैं, के CalViva Health के बारे में प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क मदद प्राप्त करने और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। एक अनुवादक से बात करने के लिए, 1-888-893-1569 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong (White): Yog koj, lossis lwm tus koj pab, muaj lus nug txog CalViva Health, koj muaj txoj cai tau kev pab thiab ntaub ntawv ua koj hom lus tsis muaj nqi them. Xav nrog ib tug neeg txhais lus, hu 1-888-893-1569 (TTY: 711).

Japanese: あなたご自身またはあなたが援助している方がCalViva Healthに関する質問をお持ちの場合、あなたには無料で日本語によるサポートと情報を得る権利があります。通訳とお話になるには、1-888-893-1569 (TTY : 711) までお電話ください。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와드리고 있는 분이 CalViva Health에 관한 질문이 있을 경우, 귀하에게는 무료로 본인이 구사하는 언어로 도움과 정보를 받을 권리가 있습니다. 통역사와 통화하려면 1-888-893-1569 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Laotian: ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ CalViva Health, ທ່ານມີສິດໃນການຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮັບຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃດໆ. ລົມກັບລ່າມພາສາ, ໂທ 1-888-893-1569 (TTY: 711).

Persian (Farsi): اگر شما یا شخصی که به وی کمک می کنید، سوالاتی در مورد CalViva Health دارید، شما حق دارید که کمک و اطلاعات را به زبان خودتان و به طور رایگان دریافت کنید. برای گفتگو با مترجم شفاهی، با شماره 1-888-893-1569 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Panjabi (Punjabi): ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ CalViva Health ਹੈਲਥ) ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 1-888-893-1569 (TTY: 711) 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

Russian: Если у Вас или у кого-то, кому Вы помогаете, есть вопросы о плане CalViva Health, Вы имеет право бесплатно получить необходимые сведения в переводе на Ваш язык. Для того чтобы воспользоваться помощью устного переводчика, позвоните по телефону 1-888-893-1569 (TTY:711).

Spanish: Si usted, o alguna persona a la que asiste, tiene preguntas sobre CalViva Health, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin cargo. Para hablar con un intérprete, llame al 1-888-893-1569 (TTY: 711).

Tagalog: Kung ikaw o ang isang taong tinutulungan mo ay mayroong mga tanong tungkol sa CalViva Health, mayroon kang karapatang makakuha ng tulong at impormasyon na nasa wika mo nang walang babayaran. Para makipag-usap sa isang interpreter, tumawag sa 1-888-893-1569 (TTY: 711).

Thai: หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือ มีคำถามเกี่ยวกับ CalViva Health คุณมีสิทธิที่จะขอรับความช่วยเหลือและข้อมูลเป็นภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการคุยกับล่าม โทร 1-888-893-1569 (TTY: 711).

Vietnamese: Nếu quý vị, hoặc một người nào đó quý vị đang giúp đỡ, có thắc mắc về CalViva Health, quý vị có quyền nhận được trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để trao đổi với phiên dịch viên, hãy gọi số 1-888-893-1569 (TTY: 711).