

# Formulario de Solicitud de Revocación de Comunicaciones Confidenciales



**Deseo cancelar o revocar la Solicitud de Comunicaciones Confidenciales que proporcioné a CalViva Health, en relación con:**

- Todos los mensajes, alertas, etc.
- Información médica
- Servicios para asuntos delicados

Esta revocación debe entrar en vigencia a partir de la fecha de mi firma a continuación.

Su información		
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Número de identificación del suscriptor:	Número de teléfono: <i>¿Adónde podemos llamarle si tenemos preguntas?</i>	
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Las leyes de California establecen: “Servicios para Asuntos Delicados significa: todos los servicios de atención de salud relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, los trastornos por abuso de sustancias, la atención para la afirmación del género y la violencia de pareja”.

## **La información médica incluye:**

- Información sobre sus citas.
- Información sobre tratamiento o servicios que pueda haber solicitado.
- El nombre y la dirección de su proveedor, detalles de los servicios proporcionados y otra información sobre consultas.

Entiendo que esta solicitud de cancelación solo se aplica a la información médica enviada a la dirección postal que figura en mi formulario de Solicitud de Comunicaciones. También entiendo que, antes de esta solicitud de cancelación, es posible que cierta información médica ya se haya enviado a la dirección que había proporcionado en el formulario.

Certifico y reconozco que la información anterior es verdadera y correcta.	
Firma:	Fecha:

(continúa)

# Formulario de Solicitud de Revocación de Comunicaciones Confidenciales



Si usted está firmando en nombre del afiliado, describa su relación a continuación. Si es Representante Personal del afiliado, descríbalo a continuación. Y envíenos copias de esos formularios (como un Poder Legal o una Orden de Tutela).

**Certifico y reconozco que la información anterior es verdadera y correcta.**

Nombre del representante personal: (Escriba con letra de molde)

**Describa la relación:**

Relación con el afiliado: (Escriba con letra de molde)

**Firma del representante personal:**

Firma:

Fecha:

CalViva Health dejará de usar o compartir su información médica cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal que se indica a continuación. También puede llamar al número que se indica a continuación para obtener ayuda.

Envíe por correo postal o por FAX este formulario completado a CalViva Health. Calcule que procesar su solicitud nos llevará 14 días como máximo.

 Correo postal: CalViva Health – Privacy Office  
7625 N. Palm Ave., Suite 109, Fresno, CA 93711

 Fax: (559) 446-1998, Attention: CalViva Health Privacy Office

## ¡ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARLE!

Si tiene preguntas, llámenos o envíenos un correo electrónico.

 Teléfono: Consulte el número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

 Correo electrónico: [Privacy@CalVivaHealth.org](mailto:Privacy@CalVivaHealth.org)

### ¡Sugerencia!

Si cambia su inscripción a otro plan, tendrá que volver a completar este formulario con su nuevo Número de Identificación de afiliado.