



Solicitud de comunicaciones confidenciales

Según lo requerido por la ley HIPAA y de California, usted tiene derecho a solicitar comunicaciones de su información de salud/información médica protegida de Molina Healthcare en un formulario y formato específicos, o en otras ubicaciones. Aceptaremos su solicitud de comunicación confidencial conforme a la ley. Tenga en cuenta que solo los individuos protegidos pueden solicitar comunicaciones confidenciales de su información médica relacionada con su recepción de servicios delicados*. Este formulario le permite informarnos cómo desea obtener su información médica/de salud protegida (PHI). También puede indicarnos la dirección en la que desea recibir su información médica/PHI.

"Servicios delicados": servicios de atención médica que se describen en las Secciones 6924, 6925, 6926, 6927, 6928, 6929 y 6930 del Código de Familia de California, y las Secciones 121020 y 124260 del Código de Salud y Seguridad de California

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA:
Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Número de identificación del miembro _____ Teléfono: _____

Quiero solicitar el uso del siguiente formulario/formato u otras ubicaciones para recibir comunicaciones de mi información de salud protegida (PHI)/información médica.

Esta solicitud se aplica a la siguiente información de salud protegida (PHI)/información médica sobre mi persona:

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

Seleccione todas las opciones que correspondan:

Teléfono:
Quiero que se comuniquen conmigo por Domicilio: Celular:
teléfono al: Deje mensajes en mi contestador Sí No
automático: Deje mensajes con cualquier Sí No
otra persona:

Por correo postal
Quiero que se comuniquen conmigo a la dirección que figura a continuación:

Correo electrónico
Quiero que se comuniquen conmigo a la siguiente dirección de correo electrónico:

Envíe su formulario completado a Molina Healthcare a una (1) de las siguientes opciones:

Fax:	(844) 834-2155
Dirección postal:	Molina Healthcare Attn: Service Fulfillment 200 Oceangate Ste 100 Long Beach CA 90802
Transmisión electrónica	Cargue el formulario completado a través del Portal del Miembro de Molina: https://member.molinahealthcare.com/Member/login , y use la función "Enviar mensaje".

Firma del miembro o del representante personal del miembro

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante personal del miembro, si corresponde

Relación con el miembro o la autoridad del representante personal para actuar en nombre del miembro, si corresponde

Para Molina Healthcare:

Fecha de recepción: _____ Fecha de cancelación o modificación: _____