



## Solicitud de comunicaciones confidenciales

Una solicitud de comunicaciones confidenciales (CCR) es una solicitud para mantener las comunicaciones de los miembros en privado. Conforme a la ley, usted tiene derecho a hacer una CCR. Esto es en relación con la información de salud protegida (PHI) y la información médica (MI). La PHI/MI se enviará a la dirección, correo electrónico o número de teléfono que elija. Puede solicitar recibir su PHI/MI en un formulario o formato particular.

Solo un miembro protegido podrá hacer una CCR de MI que implique servicios delicados\*. Puede usar este formulario para indicarnos cómo desea recibir su PHI/MI. Aceptaremos su solicitud en caso de que se pueda enviar la PHI/MI:

- en el formulario y formato solicitados, o
- a otros lugares.

*"Servicios delicados" se refiere a los servicios de atención médica descritos en las Secciones 6924 a 6930 del Código Familiar de California. También corresponde a los servicios de atención médica descritos en 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: \_\_\_\_\_

### Esta CCR se aplica a la siguiente PHI/MI sobre mi persona:

\_\_\_\_\_

### Esta CCR reemplaza cualquier CCR anterior que haya hecho.

#### Seleccione todas las opciones que correspondan:

**Teléfono**

Número de teléfono:

Teléfono:

Dejar un mensaje:

Sí

No

Dejar mensajes con cualquier otra persona:

Sí

No

**Por correo postal**

Dirección postal:

\_\_\_\_\_

**Correo electrónico**

Dirección de correo electrónico:

### Envíenos su formulario completo por fax, O por correo postal O por transmisión electrónica:

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

### Para Molina Healthcare:

Fecha de recepción:

Fecha de cancelación o cambio: