

SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO O DIVULGACIÓN

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud le da derecho a solicitar que no usemos ni compartamos su información de salud.

Si la solicitud nos impide compartir información con una persona que participa en su cuidado o el pago de este, desde el Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan") no la aceptarán. Tampoco aceptarán una solicitud que nos impida coordinar su tratamiento, el pago de reclamos o las operaciones de atención médica. Para obtener una descripción de estas actividades, lea el Aviso de prácticas de privacidad. Si necesita otra copia de este aviso, llame al Departamento de Servicio al Cliente al **1-209-942-6320** o visite nuestro sitio web: **www.hpsj-mvhp.org**.

Debe completar ambos lados del formulario. Cuando lo termine, envíelo por correo o llévelo a la siguiente dirección:

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
7751 South Mantney Road
French Camp, CA 95231-9802

También puede enviar el formulario por fax al **1-209-461-2550** o enviarlo a Health Plan a través de un correo electrónico seguro.

Indique la información que no quiere que se use o comparta:

Marque todas las opciones que correspondan:

No quiero que Health Plan use mi información de salud con fines propios.

No quiero que Health Plan comparta mi información de salud con ciertas compañías o personas.

Indique las compañías o personas a continuación:

1. _____

2. _____

Health Plan le enviarán una carta para informarle si aceptamos o rechazamos su solicitud. Si la aceptamos y luego cambia de opinión, deberá informarlo por escrito.

.....
Nombre en letra de imprenta del miembro

.....
**Número de identificación
del plan de salud**

.....
Firma del miembro o representante personal

.....
Fecha

.....
Número de teléfono

SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO O DIVULGACIÓN

Health Plan 
of San Joaquin

 Mountain Valley
Health Plan

Nota: Si usted es el representante personal del miembro, indique cuál es su relación con este:

.....
Relación con el miembro

Es posible que deba presentar una prueba de la autorización legal para restringir el uso o la divulgación de la información de salud del miembro.

Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **1-209-942-6320**.