Formulario de Exclusión Voluntaria del Intercambio de Información de Salud para Miembros de TotalCare (HMO D-SNP)

El intercambio de información de salud (Health Information Exchange; HIE, por sus siglas en inglés) se refiere a compartir de manera electrónica la información de salud con otras organizaciones. Central California Alliance for Health (la Alianza), incluido el plan TotalCare, participa en el HIE con otros proveedores del cuidado de la salud que están fuera de la organización y puede compartir electrónicamente su información de salud con otras organizaciones, como departamentos de salud pública, proveedores, planes de salud y otros participantes. Intercambiar información electrónicamente es una manera más rápida de compartir su información de salud con los proveedores del cuidado de la salud que lo estén atendiendo. Por ejemplo, si usted va a la oficina de un proveedor que participe en el mismo HIE que la Alianza, ahí podrán tener acceso a su información de salud más rápidamente y pueden tomar decisiones mejores y más informadas para su tratamiento. Los participantes del HIE, como la Alianza, están obligados a mantener la privacidad de su información de salud y solamente accederán a su información de salud si tienen una razón para hacerlo.

Si usted no quiere que la Alianza/TotalCare comparta su información de esta manera, llene este formulario y envíelo a la dirección que aparece a continuación. Se debe llenar un formulario por separado por cada miembro individual que no desee participar.

1. Información del miembro:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación del miembro/Número de seguro social: _____

2. Al llenar este formulario y firmar a continuación, usted solicita y entiende que:

- La Alianza/TotalCare no compartirá electrónicamente su información a través de los HIE, con ningún otro participante del HIE, excepto que los reportes de salud pública requeridos por medio de un HIE de acuerdo con las leyes, como el reporte de enfermedades infecciosas, no serán afectados por este formulario de no participación.
- Usted no puede elegir participar en un HIE de la Alianza/TotalCare y no en otro, o elegir qué tipo de información de salud se intercambia.
- Cuando asista con un médico para recibir tratamiento, el médico puede solicitar y recibir su información médica de la Alianza/TotalCare por otros métodos, como correo electrónico o correo postal seguro.

Formulario para excluirse del intercambio de información de salud para miembros de Total Care (HMO D-SNP)

3. Firma del miembro:

_____ Fecha: _____

Si esta solicitud la hace un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con la persona: _____

Firma del representante personal: _____

Las solicitudes para no participar son procesadas en un plazo de 30 días calendario desde que la Alianza/TotalCare recibe la solicitud. Usted puede volver a participar en el HIE en cualquier momento; para hacerlo, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección que aparece a continuación.

Central California Alliance for Health
Attn: Privacy Officer
1600 Green Hills Road, Suite 101
Scotts Valley, CA 95066

TotalCare (HMO D-SNP) es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de California. La inscripción en TotalCare depende de la renovación del contrato. TotalCare es el nombre comercial de Central California Alliance for Health. TotalCare es una marca registrada de la Comisión de Cuidado Médico Administrado de Santa Cruz-Monterey-Merced-San Benito-Mariposa, una entidad pública de California que opera como Central California Alliance for Health.