



# Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI)

## Aviso para el afiliado:

- Si completa este formulario, Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan [Medicare-Medicaid Plan]) podrá (i) usar su información de salud para un propósito en particular y/o (ii) compartir su información de salud con la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- No es obligatorio que firme este formulario ni que otorgue permiso para usar o compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios con Health Net Community Solutions, Inc. no cambiarán si no firma este formulario.
- Derecho a cancelar (revocar): Esta autorización/este formulario de consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que Health Net Community Solutions, Inc. u otro poseedor legal de su información de salud que esté autorizado a compartirla ya haya actuado en virtud de esta. Si desea cancelar este Formulario de autorización, complete el Formulario de revocación de la última página y envíelo por correo a la dirección que figura en la parte inferior de la página.
- Health Net Community Solutions, Inc. no puede prometer que la persona o el grupo con el que usted nos permita compartir su información de salud no la compartirá con otra persona.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Complete toda la información en este formulario. Una vez que termine, envíelo por correo a la dirección que figura en la parte inferior de la segunda página.

Información del afiliado	
Nombre del afiliado (en letra de imprenta):	
Fecha de nacimiento del afiliado: ____/____/____	N.º de identificación del afiliado:
<p>Le otorgo permiso a Health Net Community Solutions, Inc. para usar mi información de salud para el propósito identificado o para compartir mi información de salud con la persona o el grupo que figuran debajo. El propósito de la autorización es:</p> <p><input type="checkbox"/> permitirle a Health Net Community Solutions, Inc. ayudarme con mis beneficios y servicios, o</p> <p><input type="checkbox"/> permitirle a Health Net Community Solutions, Inc. usar o compartir mi información de salud para _____.</p>	

(continuación)

Health Net Community Solutions, Inc. es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, Inc. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.

# Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI)

Persona o grupo que recibirán información			
Nombre (persona o grupo):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono: (     )     -
Autorizo a Health Net Community Solutions, Inc. a usar o compartir la siguiente información de salud:			
<input type="checkbox"/> <b>Toda mi información de salud (LA CUAL INCLUYE la información genética, los servicios o resultados de pruebas; los datos y registros de VIH/SIDA; los datos y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia); los datos y registros sobre fármacos/medicamentos con receta; y los datos y registros sobre consumo de drogas y alcohol (especifique la información sobre cualquier trastorno por abuso de sustancias que pueda divulgarse) _____);</b>			
<input type="checkbox"/> Toda mi información de salud EXCEPTO (marque todas las casillas que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Información genética, servicios o pruebas			
<input type="checkbox"/> Datos y registros de VIH/SIDA			
<input type="checkbox"/> Datos y registros sobre consumo de drogas y alcohol			
<input type="checkbox"/> Datos y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)			
<input type="checkbox"/> Datos y registros sobre fármacos/medicamentos con receta			
<input type="checkbox"/> Otra: _____			
Vencimiento de la autorización			
Esta autorización vencerá el ____/____/____ (mm/dd/aa) y será válida por un máximo de un año. Si no se proporciona una fecha aquí, esta autorización vencerá en un año desde la fecha que figura a continuación.			
Firma del afiliado (el afiliado o el representante legal deben firmar aquí):		Fecha: ____/____/____	
Si firma en nombre del afiliado, describa la relación que los une a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación y envíenos copias de esos formularios (como un poder notarial o una orden judicial de tutela). _____			
<b>Envíe el formulario completo a:</b>			
Health Net, Inc. Privacy Office PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409 Teléfono: 1-855-464-3571 en Los Angeles o 1-855-464-3572 en San Diego (TTY: 711) Fax: (818) 676-8314			

(continuación)

Health Net Community Solutions, Inc. es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, Inc. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.

# Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI)

## Persona(s) o entidad(es) adicionales que recibirán información

**Nota:** si usted consiente que se divulgue algún registro de trastorno por abuso de sustancias a un destinatario que no es un pagador externo, un proveedor de atención médica, un centro ni un programa en el que recibe servicios de un proveedor de tratamiento, como una institución de intercambio de seguro de salud o de investigación (en adelante, “entidad destinataria”), debe especificar el nombre de una persona de quien recibe servicios o la entidad en la que recibe servicios de un proveedor de tratamiento en dicha entidad destinataria, o simplemente indicar que sus registros sobre un trastorno por abuso de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores de tratamiento actuales o futuros en dicha entidad destinataria.

Nombre (de la persona o entidad):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono: (     )     -

Nombre (de la persona o entidad):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono: (     )     -

Nombre (de la persona o entidad):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono: (     )     -

**Envíe el formulario completo a:**

Health Net, Inc. Privacy Office  
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

Teléfono: al 1-855-464-3571 en Los Angeles o al 1-855-464-3572 en San Diego (TTY: 711)

Fax: (818) 676-8314

Health Net Community Solutions, Inc. es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, Inc. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.



# Revocación de autorización para divulgar información de salud protegida

Deseo cancelar o revocar el permiso que le otorgué a Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan [Medicare-Medicaid Plan]) para usar mi información de salud para un propósito en particular o para compartir mi información de salud con una persona o un grupo.

Persona o grupo que recibieron la información			
Nombre (persona o grupo):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono: (    )    -
Fecha de firma de la autorización (si la conoce): ____/____/____			
Información del afiliado			
Nombre del afiliado (en letra de imprenta):			
Fecha de nacimiento del afiliado: /    /	N.º de identificación del afiliado:		
<p>Comprendo que es posible que mi información de salud (incluidos, según corresponda, los registros sobre mi trastorno por abuso de sustancias) ya se haya usado o compartido dado que otorgué mi permiso anteriormente. Asimismo, comprendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que otorgué para usar mi información de salud para un propósito en particular o para compartir mi información de salud con la persona o el grupo. No cancela ningún otro formulario de autorización que yo haya firmado para que se use mi información de salud para otro propósito o para que se comparta con otra persona u otro grupo.</p>			
Firma del afiliado (el afiliado o el representante legal deben firmar aquí):	Fecha: ____/____/____		
<p>Si firma en nombre del afiliado, describa la relación que los une a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación y envíenos copias de esos formularios (como un poder notarial o una orden judicial de tutela).</p>			

Health Net Community Solutions, Inc. dejará de usar o compartir su información de salud cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal que figura debajo. También puede solicitar ayuda al número que figura a continuación.

**Health Net, Inc. Privacy Office**

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

Teléfono: al 1-855-464-3571 en Los Angeles o al 1-855-464-3572 en San Diego (TTY: 711)

Fax: (818) 676-8314

Health Net Community Solutions, Inc. es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, Inc. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.

# Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

---

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

## Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Multi-Language Insert

## Multi-language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Chinese Mandarin:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

**Chinese Cantonese:** 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Thai:** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).