



4665 Business Center Drive
Fairfield, California 94534

Formulario del miembro tras optar por participar/no participar en el Intercambio de información de salud (HIE)

Partnership HealthPlan of California (PHC) almacena su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de forma electrónica. Sus proveedores de atención médica pueden compartir su información de salud vital para aumentar la rapidez y mejorar la calidad, seguridad y reducir el costo de su atención. PHC denomina este método de compartir sus registros como el intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés).

Su PHI es su información médica, como las notas médicas, los análisis clínicos, los rayos X, las recetas médicas y la información de pago. **Si no desea compartir su PHI, debe completar el formulario para optar si acepta o no acepta el intercambio de información de salud del miembro (HIE) para la información de salud protegida (PHI).** Luego, debe firmar y enviar el formulario por correo postal, fax o presentarse en persona.

Si no opta por no compartir su PHI, usted está de acuerdo en permitir que PHC comparta su información. Siempre puede optar por no compartir su PHI otro día y PHC no compartirá nueva información. Sin embargo, la información que ya se haya compartido no se puede retractar.

Otro tipo de PHI es la información de salud protegida de salud (PHI) delicada como diagnósticos y tratamientos para la salud mental; diagnósticos y tratamientos para el abuso de drogas y alcohol; enfermedades de transmisión sexual; planificación familiar; resultados de pruebas genéticas; y resultados de pruebas de VIH. NO compartiremos su PHI delicada sin su consentimiento escrito. **Si desea compartir su PHI delicada, debe completar el formulario para optar si acepta o no acepta el intercambio de información de salud del miembro (HIE) para la información de salud protegida (PHI) delicada.** Luego, debe firmar y enviar el formulario por correo postal, fax o presentarse en persona.

No se le negará el tratamiento si opta por no compartir su PHI. Sus beneficios de Medi-Cal no se verán afectados.

Si necesita ayuda para leer esta carta o tiene alguna pregunta, sírvase llamar a servicios al miembro al **(800) 863-4155**. Estamos disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Usuarios de TTY: pueden llamar al servicio de retransmisión de California al **(800) 735-2929** o al **711**. No olvide visitar nuestro sitio web en www.partnershiphp.org.



Información de salud protegida (PHI)

(es decir, las notas médicas, los análisis clínicos, los rayos X, las recetas médicas y la información de pago)

- “ Solicito **NO COMPARTIR** mi información de salud protegida (PHI) con el intercambio de información de salud (HIE) al que PHC pertenece.
- “ Estoy de acuerdo con **COMPARTIR** mi información de salud protegida (PHI) con PHC. Comprendo que mi información de salud, tanto la anterior como la actual ahora serán visibles a todos mis proveedores de atención médica, las redes HIE y PHC. También acepto que PHC puede compartir mi PHI por medio del Intercambio de información de salud (HIE) al que pertenece.

Información protegida de salud (PHI)

(es decir, diagnósticos y tratamientos para la salud mental; diagnósticos y tratamientos para el abuso de drogas y alcohol; enfermedades de transmisión sexual; planificación familiar; resultados de pruebas genéticas; y resultados de pruebas de VIH.)

- “ Estoy de acuerdo en **COMPARTIR** mi información de salud protegida (PHI) delicada con PHC. Comprendo que mi información de salud, tanto la anterior como la actual ahora serán visibles a todos mis proveedores de atención médica, las redes HIE y PHC. También acepto que PHC ahora puede compartir mi PHI por medio del Intercambio de información de salud (HIE) al que pertenece.
- “ Solicito **NO COMPARTIR** mi información de salud protegida (PHI) delicada con el intercambio de información de salud (HIE) al que PHC pertenece.

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
O Nombre del representante personal:	
Qué autoridad legal debe tener para actuar en nombre del miembro	
“ Padre/Madre “ Guardián “ Poder notarial “ Albacea/curador “ Otro	
Firma:	
Número de identificación del miembro:	
Fecha:	

Envíe por correo postal el formulario completado a:

Partnership HealthPlan of California
c/o Member Services Department
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534

o envíe por fax el formulario completado a:

Fax: (707) 863-4415