

# Petición de Comunicaciones Confidenciales



**Enviar por correo a:** Western Health Advantage, Atención: Servicios para Miembros  
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

**Por fax seguro a:** 916.568.0126

**Por correo electrónico seguro a:** mywha.org/securemessage – seleccione un mensaje para: Member Services  
Incluya en la línea de asunto: Petición de comunicaciones confidenciales

**Para obtener más información:** 888.563.2250

Nombre del miembro (Primer nombre, apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ WHA ID \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Esta petición es:** Marque [  ] una opción [  ] NUEVA [  ] MODIFICADA  
[  ] PARA ANULAR una petición existente en vigencia (indique la fecha) \_\_\_\_\_ Vaya a Revocación

**Me pongo en contacto con ustedes para solicitar que mi información médica se envíe por correo a la dirección alternativa que se encuentra abajo por los siguientes motivos:** Marque [  ] una o ambas opciones

- [  ] Mi información médica está relacionada con servicios sensibles.  
("Servicios sensibles" incluyen el cuidado de la salud sexual y reproductiva, salud mental, asesoría por ataque sexual y atención y tratamiento por el consumo de alcohol y drogas).
- [  ] La divulgación de mi información médica me podría poner en peligro exponiéndome a acoso o abuso.  
(Nunca se le pedirá que explique esto).

**Medios alternativos o dirección alternativa:** WHA enviará su información médica a una de las siguientes opciones. Marque [  ] la opción u opciones que son seguras para que usted reciba la información. Si marca más de una opción, ponga "1" al lado de su primera opción, "2" al lado de su segunda opción y así sucesivamente. Incluya su e-mail o dirección postal en el espacio proporcionado.

opción número \_\_\_\_\_ [  ] ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO a: \_\_\_\_\_

opción número \_\_\_\_\_ [  ] ENVIAR POR CORREO a: Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

opción número \_\_\_\_\_ [  ] OTRO: \_\_\_\_\_

## He leído y estoy de acuerdo con lo siguiente.

- WHA enviará toda mi información médica a esta dirección.
- Debo notificar a WHA si deseo cambiar esta información. Esta petición es válida hasta que envíe una anulación o una nueva petición.
- Este formulario solo afectará a las comunicaciones de Western Health Advantage. Si también deseo que mi empleador, médico o cualquier persona fuera de Western Health Advantage realice este cambio, debe ponerse en contacto con ellos directamente. (Llame a Servicios para Miembros de WHA para la información de contacto de estas entidades).
- Esta petición solo se aplicará al número actual de mi identificación de membresía. Si el número de mi identificación de membresía cambia, debo enviar una nueva petición de comunicaciones confidenciales.
- Esta petición expirará dieciocho (18) meses después de que mi cobertura de beneficios haya terminado.

**Revocación:** Si antes indiqué que esto es una **revocación**, revoquen mi petición de comunicaciones confidenciales y utilicen la siguiente dirección para toda mi información médica.

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MIEMBRO (IMPRESA) \_\_\_\_\_ FIRMA DEL MIEMBRO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Solo para uso interno de WHA** Fecha de recepción de la petición \_\_\_\_\_

Identificación del miembro verificada (lista de documentos verificados/revisados) \_\_\_\_\_

Si la petición fue recibida por teléfono: Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Fecha de cumplimiento de la petición \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL GERENTE O SUPERVISOR (IMPRESA) \_\_\_\_\_ FIRMA DEL GERENTE O SUPERVISOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

---

Western Health Advantage cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Western Health Advantage:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes capacitados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Member Services Manager.

Si considera que Western Health Advantage no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Member Services Manager, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, o al TTY 888.877.5378, 916.568.0126 (fax), memberservices@westernhealth.com. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Member Services Manager está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
800.368.1019 o al TDD 800.537.7697 TDD

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

#### **ENGLISH**

If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 888.877.5378.

#### **SPANISH**

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 888.877.5378 si tiene dificultades auditivas.

#### **CHINESE**

如果您，或是您正在協助的對象，有關於Western Health Advantage方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話888.563.2250或聽障人士專線(TTY) 888.877.5378。

#### **VIETNAMESE**

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 888.877.5378.

#### **TAGALOG**

Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 888.877.5378.

**KOREAN**

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 888.877.5378로 연락하십시오.

**ARMENIAN**

Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 888.877.5378՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

**PERSIAN-FARSI**

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث آدونتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفاً با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 888.877.5378 پیام تایپی ارسال کنند.

**RUSSIAN**

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 888.877.5378.

**JAPANESE**

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantageについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、888.877.5378までお電話ください。

**ARABIC**

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 888.877.5378.

**PUNJABI**

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਬੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 888.877.5378 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**CAMBODIAN-MON-KHMER**

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនឹងព័ត៌មាននៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកត្រចៀកច្រន់ តាមលេខ 888.877.5378។

**HMONG**

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 888.877.5378.

**HINDI**

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में प्रश्न हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुआशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह श्रवण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 888.877.5378 पर कॉल करो।

**THAI**

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือนั้นมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้ TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378