

# Petición de Comunicaciones Confidenciales



Enviar por correo a: Western Health Advantage Member Services  
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Por fax a: 916.568.0126

Enviar por correo electrónico a: memberservices@westernhealth.com

Incluya en la línea de asunto: Petición de Comunicaciones Confidenciales

¿Preguntas? 916.563.2250, 888.563.2250 número gratuito o 888.877.5378 para TDD/TTY

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 \_\_\_\_\_