

# Health Net Dental: revocación de la solicitud de comunicación confidencial



**Deseo cancelar o revocar la solicitud de comunicación confidencial que entregue a Health Net Dental sobre lo siguiente:**

- Comunicaciones de la cuenta (mensajes, alertas, etc.)
- Información médica
- Servicios confidenciales

A partir de la fecha a continuación.

Su información:			
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	
N.º de identificación del suscriptor:	N.º de teléfono: <i>¿A dónde podemos llamarle si tenemos preguntas?</i>		
Dirección postal:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección de correo electrónico:			

Las leyes de California estipulan lo siguiente: “Servicios confidenciales significa: todos los servicios de atención de salud relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, los trastornos por abuso de sustancias, la atención relacionada con la afirmación de género y la violencia doméstica”.

## **Información Médica incluye:**

- Información sobre sus citas.
- Rechazos de reclamos. Solicitudes de más información sobre reclamos. Alertas sobre reclamos impugnados.
- Nombre y dirección de su proveedor. Detalles de los servicios realizados y otra información sobre las visitas.

**Comprendo que mi información médica se ha podido enviar a la línea de comunicación de respaldo preferida. También comprendo que esta revocación solo aplica al consentimiento que solicité previamente como comunicación de respaldo.**

Confirmando que la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta.	
Firma:	Fecha:

(continuación)

# Health Net Dental: formulario de revocación de la solicitud de comunicación confidencial



Si firma en nombre del afiliado, explique cuál es su relación a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación. Y envíenos copias de los formularios que lo respalden, por ejemplo, un poder legal o una orden de tutela.

## Confirmando que la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta.

Nombre del representante personal: (Escriba con letra de imprenta)

## Explique cuál es la relación:

Relación con el afiliado: (Escriba con letra de imprenta)

## Firma del representante personal:

Firma:

Fecha:

Health Net Dental dejará de usar o compartir su información médica después de haber recibido y procesado este formulario. Use la dirección postal que aparece a continuación. También puede llamar al número de teléfono que figura a continuación para pedir ayuda.

Comuníquese o envíe por correo postal el formulario completo a Health Net. El procesamiento de su solicitud puede demorar entre 7 a 14 días.

 **Correo postal:** Health Net Dental – Quality Mgt. Dept.  
PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110

### ***Estamos aquí para ayudarle.***

Comuníquese si tiene preguntas.

 **Teléfono:** Health Net Sacramento (GMC): 877-550-3868 (Servicios al Afiliado);  
Health Net Los Angeles (PHP): 800-977-7307 (Servicios al Afiliado).

### **Consejo**

Si cambia su inscripción a otro plan, deberá completar este formulario nuevamente con el número de identificación de afiliado nuevo.

Health Net of California, Inc. y Health Net Community Solutions, Inc. son subsidiarias de Health Net, LLC. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

FRM1228195SC01w (9/23)