

**REQUEST FOR AN ACCOUNTING OF DISCLOSURES OF PERSONAL INFORMATION BY A PARENT,
GUARDIAN, OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE**
HBEX 408S SPANISH VERSION (9/15)



Solicitud de Resumen de la Divulgación de Información Personal por un Padre, Tutor o Representante Autorizado

Usted tiene el derecho, como representante autorizado del consumidor, a solicitar que Covered California le proporcione una contabilidad de las divulgaciones hechas a las partes externas pertinentes a la información de identificación personal del consumidor. Le proveeremos un resumen gratuito por año, pero se le cobrará una tarifa razonable y basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses. Para presentar esta solicitud, favor de completar todas las partes necesarias y enviar por correo el formulario completo con todos los documentos pertinentes a la siguiente dirección:

Privacy Officer
1601 Exposition Blvd.
Sacramento, CA 95815

Información del Consumidor

(Tal como aparece en la cuenta de Covered California)

Apellido:	Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código postal:
Número de Caso o Cuenta de Covered California:	Fecha de nacimiento:	

Padre, Tutor o Información de Representante Autorizado

Apellido:	Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de teléfono durante el día: <i>(requerido)</i>	Dirección de Correo Electrónico:	

¿Qué autoridad legal tiene usted para actuar en nombre del consumidor?

(Por favor, adjunte documentación legal.)

Padre	Curador	Albacea
Tutor	Agente de Salud	Poder Legal
Otra		

Adjunte Copia de la Información de Identificación del Representante. (Si no adjunta ningún documento de identificación, su firma debe ser notariada.)	
Licencia de Conducir	Tarjeta de Identificación Estatal
Tarjeta de Identificación Federal	Notario Público
Fecha de Notaría:	NO OFICIAL SI NO TIENE SELLO DEL NOTARIO PÚBLICO
Notariado por:	
Número de Notario Público:	

Firma del Representante Autorizado	
Yo solicito a Covered California un informe de la divulgación de información de identificación personal desde: _____ (mes/año) hasta: _____ (mes/año)	
¿Hay algún evento en específico que Covered California debe buscar?	
Entiendo que Covered California pudiese no ser capaz de cumplir con mi petición, pero aun así responderá a mi petición.	
Declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verídica y correcta.	
Firma:	Fecha:
La información solicitada en este formulario es requerida por California Health Benefit Exchange, Oficina de Privacidad, a fin de procesar su solicitud. La información que proporcione en este formulario se requiere para procesar su solicitud y será utilizada por la Oficina de Privacidad para ese propósito. No proporcionar esta información puede resultar en la denegación de su solicitud. Referencias legales que autorizan la recopilación o el mantenimiento de la información proporcionada en este formulario incluye Secciones 1798.22, 1798.25, 1798.27 y 1798.35 del Código Civil de California y la Sección 155.260 (a) del Código de Regulaciones Federales. <i>California Health Benefit Exchange, Privacy Office, 1601 Exposition Blvd, Sacramento, CA 95815 (800) 889-3871.</i>	