



SOLICITUD DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Propósito: Este formulario se utiliza para documentar la solicitud de un individuo para que utilicemos medios o dirección alterna para el envío de su información.

SECCIÓN A: Información personal del solicitante

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Récord médico: _____

AL SOLICITANTE: Por favor lea el aviso y complete la información que se solicita

Usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones sobre su información se envíen por medios o una dirección alterna que usted indique. Trataremos de acomodar su solicitud si la misma es (a) razonable, (b) el medio o dirección alterna es razonable para comunicarnos con usted, y (c) se puede usar para procurar el pago de sus servicios médicos. Para completar su solicitud, complete la Sección B a continuación.

SECCIÓN B: Comunicación Confidencial que se Solicita

¿Qué información de salud interesa que se comunique por medios o dirección alterna?:

Identifique cómo se manejará otra información relacionada con los servicios que proveemos:

Solicito me envíen mi información usando el siguiente medio alterno. Describa toda la información sobre el medio alterno que interesa usemos:

Solicito que me envíen mi información usando la siguiente dirección alterna. Describa toda la información sobre la dirección alterna que interesa usemos para enviar su información:

FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta solicitud la presenta el representante personal del solicitante, indique la siguiente información:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación con el Solicitante: _____

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO.