

Solicitud de manejo confidencial de la Información de salud protegida

Yo, _____ Fecha de nacimiento _____
solicito un medio alternativo para la comunicación de mi información de salud (p. ej., correo postal, teléfono, facsímil) o la comunicación de mi información de salud a un lugar alternativo.

Entiendo que la solicitud de comunicación por medios alternativos o a un lugar alternativo se aplica únicamente a la información en poder de la organización y que la divulgación por medios alternativos podría no estar protegida e implicar riesgos para mí. Entiendo que la solicitud de comunicación por FACSÍMIL puede ser interceptada por terceros y que la organización no es responsable si se produce dicha interceptación.

Describa la información de salud protegida para la que requiere medios alternativos o comunicaciones a un lugar alternativo:

Describa detalladamente los medios alternativos propuestos o el lugar alternativo para que se reciban comunicaciones de la organización:

Dirección postal alternativa: **Medios de contacto alternativos (especifique):**

Dirección

Ciudad Estado Código postal

() -
Número de teléfono alternativo:

A menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará a los **12 meses** a partir de la fecha de la firma.

Yo reconozco que he leído este formulario, o que me lo han leído, y de que entiendo su contenido.

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente:

Si firma una persona que no es usted, verifique la relación y proporcione una prueba de autoridad.

Usted mismo Representante legal* Padre/madre de un menor de edad Otro (especifique)

****Nombre del intérprete/traductor (si es necesario)**

Teléfono

Solicitud de manejo confidencial de la Información de salud protegida

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

- La solicitud está: Aprobada Denegada
- Marque el motivo de la denegación: La solicitud no cumple con los criterios razonables Dirección o contacto alternativo no indicado
- No se proporcionó información sobre cómo se realizará el pago (si corresponde)
- Otro (explique)

Nombre del asociado: (Letra de imprenta)

Cargo

Firma del asociado

Fecha de cumplimentación