



Solicitud de comunicaciones confidenciales

Por la presente, solicito que mi información de atención médica protegida, incluida la información clínica (por ejemplo, resultados de pruebas, instrucciones para el paciente), la información de facturación y otras comunicaciones de la clínica (por ejemplo, encuestas para el paciente), se me comunique a través de la dirección o el teléfono alternativo que se indica en la parte inferior. Comprendo que esta solicitud de comunicaciones confidenciales se aplicará a todas las comunicaciones futuras relacionadas con la fecha de servicio que se indica a continuación, a menos que solicite un cambio por escrito.

Esta solicitud se aplica únicamente a las comunicaciones de esta clínica. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales de su compañía de seguros, debe comunicarse con esta directamente.

Comprendo que, si la correspondencia que se envía a una dirección alternativa se devuelve porque no se ha podido entregar, si el teléfono alternativo está desconectado o fuera de servicio o si no respondo de manera oportuna a las comunicaciones a través de una dirección o un teléfono alternativo que he proporcionado, el centro se comunicará conmigo a través de otros medios o en otras ubicaciones.

Esta solicitud es para la fecha de servicio/tratamiento de _____.

Dirección/teléfono alternativo: solo se aceptarán direcciones y números de teléfono de EE. UU. Se necesita la firma y la fecha para que la clínica procese esta solicitud.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Número de departamento/oficina (si corresponde): _____

Ciudad: _____ Estado/Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Firma del paciente/representante del paciente: _____

Nombre del representante del paciente, en letra de imprenta: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Solicitudes específicas: sírvase proporcionar sus comentarios sobre solicitudes específicas de comunicación. Por ejemplo: "Solo enviarme comunicaciones por escrito a la siguiente dirección: 123 Main Street, Houston, TX, 77076" o "Llamarme para cualquier comunicación de atención médica únicamente al siguiente número de teléfono: 713-111-1212".

TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD.

SOLO PARA USO INTERNO DE VECINO HEALTH CENTERS

Número de expediente médico del paciente: _____

Fecha de recepción: _____

Aceptada o rechazada:

Aceptada

Rechazada

En caso de rechazo, indique el motivo: _____

Método usado para comunicar la decisión al paciente: _____

Nombre y cargo del miembro del personal: _____

Firma: _____

Fecha: _____