



SOLICITUD DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (“PHI”)

AVISO: La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (“HIPAA”) le permite solicitar medios alternativos para comunicar su información de salud protegida (“PHI”) de manera confidencial. No tenemos la obligación de conceder todas sus solicitudes. Utilice este formulario para describir el método particular de comunicación que está solicitando. De aceptarse, la solicitud de comunicación confidencial de su PHI entrará en vigencia en la fecha en que se firme este formulario, pero no se aplicará a ningún uso o divulgación que hayamos realizado antes de esta fecha.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de identificación de miembro: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Describe su solicitud en detalle. Infórmenos el domicilio, teléfono o correo electrónico a los que NO desea ser contactado y cuál es la diferencia con la información que tenemos en archivo.

Entendimiento y aceptación

Acepto que mi solicitud puede ser rechazada por los motivos que permite la HIPAA. Si estoy presentando esta solicitud en nombre de otra persona, certifico que soy el representante personal legalmente autorizado de tal persona y que estoy solicitando esta limitación o restricción de buena fe y en beneficio de la persona afectada. Entiendo que GlobalHealth puede solicitar documentación donde se constate la autoridad legal de representación personal del paciente mencionado anteriormente, lo que incluye, entre otros, un poder duradero de atención médica.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente o miembro

Para uso exclusivo de la institución:

Fecha de recepción: _____

_____ Aceptada _____ Rechazada

Representante de GlobalHealth

Fecha