

## 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):**

\_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
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**

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

\*\* **Si se requirió un traductor o intérprete.**

## 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