



SOLICITUD DEL PACIENTE DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Patient Request for Confidential Communication

Patient Rights-P

HIPAA Privacy Patient Rights



IDN13150017

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

INSTRUCCIONES: Tiene derecho a solicitar cómo quiere que nos comuniquemos con usted acerca de toda su información médica protegida, o parte de ella, a través de medios alternativos o en una ubicación alternativa. (Nota: Esta solicitud se limita al Departamento en el cual realizó la solicitud).

Información del paciente: Proporcionenos la siguiente información acerca del paciente:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Dirección	Ciudad	Estado
Código postal	XXX-XX- Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Firma del paciente	Fecha de la solicitud	Número de teléfono

Representante personal: Si usted es el representante personal del paciente, proporcione la siguiente información acerca de usted a continuación:

(Nota: Si un representante personal está realizando esta solicitud, adjunte la documentación que certifica su estado como representante personal, por ejemplo, los documentos del poder notarial o la custodia legal).

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Firma del representante personal	Fecha de la solicitud	Relación con el paciente

Envíe la información que se especifica abajo a través de los siguientes medios alternativos o a la siguiente dirección o número de teléfono alternativo:

Nombre del Departamento _____ Ubicación del Departamento _____

Identifique la información médica protegida que quiere que esté sujeta a comunicaciones confidenciales:

Resultados de laboratorio Facturación
 Información de tratamiento Otro: (especifique): _____

¿Cómo quiere que el Departamento se comunique con usted? Teléfono Correo postal

Cuando lo haya completado, devuelva este formulario a:

Rush, ATTN: Privacy Office, 707 South Wood St., Suite 317, Chicago, IL 60612-3833
Teléfono: (312) 942-5303 • Fax: (312) 942-6875