

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Medical Record #: \_\_\_\_\_

Place Patient Label



**SOLICITUD DEL PACIENTE DE  
COMUNICACIONES CONFIDENCIALES**

*Patient Request for Confidential Communication*

Patient Rights-P

HIPAA Privacy Patient Rights



IDN13150017

**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:** proporciónenos 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