

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Medical Record#: _____ Place Patient Label	 Rush Copley Medical Center PETICIÓN DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
--	--

INSTRUCCIONES: Usted tiene el derecho a solicitar cómo comunicamos parte o toda su información médica protegida por medios alternativos o a otro lugar. (Nota: Esta solicitud se limita al departamento donde hace la petición)

Información del paciente. Por favor, incluya la siguiente información acerca del paciente:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Calle y número	Ciudad	Estado
Código postal	X X X – X X – Últimos 4 dígitos del SSN	Fecha de nacimiento
Firma del paciente	Fecha de la petición	Nro. de teléfono

Representante personal. Si usted es el representante personal del paciente, incluya su información a continuación:

(Nota: Si un representante personal está haciendo esta petición, por favor, adjunte constancia de su estatus como representante personal, como un poder legal o documentación de tutela legal)

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Firma del representante personal	Fecha de la petición	Parentesco con el paciente

Envíe la información especificada a continuación por los siguientes medios alternativos a la siguiente dirección o número de teléfono alternativo:

Nombre del departamento	Sede del departamento
-------------------------	-----------------------

Identifique la información médica protegida que desea se maneje mediante comunicación confidencial:

<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Facturación
<input type="checkbox"/> Información de tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: (por favor, explique): _____

¿Cómo desea que el departamento se comunique con usted? ☐ Teléfono ☐ Correo postal

Una vez completado, envíe este formulario a:

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

INTERPRETER ATTESTATION: Interpretation has been provided by _____ ☐ Phone

CON-0079C (2054C).rev9/2025

Spanish - Patient Request for Confidential Communication