

Solicitud de comunicación confidencial del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

N.º de teléfono para comunicarse rápido: _____

Tipo de documento: Solicitud nueva Cambio de solicitud previa Revocación de solicitud previa

Solicito que AdvantageCare Physicians acepte la siguiente solicitud de comunicación confidencial (marcar la forma de entrega preferida y la dirección o el número de teléfono):

Información para la que se solicita tratamiento confidencial: _____

Dirección de entrega: _____

Teléfono: _____

Otro (especificar): _____

Al firmar este formulario de autorización para solicitar comunicaciones confidenciales de AdvantageCare Physicians sobre mi información médica, comprendo lo siguiente:

- Puedo solicitar recibir comunicaciones sobre mi información médica protegida por medios alternativos o en una ubicación alternativa.
- Si se concede mi solicitud, esta solicitud se aplicará solo a la información que he designado anteriormente y al tipo de comunicación (dirección, teléfono, otro).
- AdvantageCare Physicians se adaptará a todas las solicitudes razonables y, si se concede la solicitud, AdvantageCare Physicians se comunicará conmigo, según lo estipulado en esta solicitud.
- Si AdvantageCare Physicians no puede atender mi solicitud, se me notificará la denegación y los motivos.
- Tengo el derecho a revocar o modificar esta solicitud en cualquier momento. La solicitud debe hacerse por escrito y presentarse en el consultorio médico de AdvantageCare Physician correspondiente o enviarse por correo al director de Administración de Información de Salud a la siguiente dirección: 55 Water St., 12th Floor Rm 12G09, New York, NY 10041.
- A menos que se revoque o modifique, esta restricción vencerá en la siguiente fecha/situación/condición: _____ Si no especifico una fecha de vencimiento/situación/condición, esta autorización vencerá 6 meses después de la fecha de la firma.

Solicitud de comunicación confidencial del paciente

- En situaciones de emergencia, AdvantageCare Physicians primero intentará comunicarse conmigo, como se solicitó anteriormente. Si no lo logra, AdvantageCare Physicians intentará ponerse en contacto conmigo por otros métodos.
- Entiendo que la firma de esta solicitud es un acto voluntario. Firmar esta solicitud no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios.
- Para los formularios completos:
 1. Entregar personalmente en una sede de consultorios médicos de AdvantageCare Physicians a la atención de: Administrador de prácticas o
 2. Enviar por correo:
Privacy Officer
AdvantageCare Physicians
55 Water Street, 12th Floor, Rm 12H92
New York, NY 10041

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra imprenta del paciente o representante autorizado

Parentesco con el paciente o autoridad del representante autorizado

Para uso de AdvantageCare Physicians únicamente

Fecha de recepción: (MM/DD/AA) ____/____/____

- Recibido por (en letra imprenta): _____
- Escaneado a la Administración de Información de Salud por el consultorio médico

Resolución de la solicitud: ____ CONCEDIDA ____ DENEGADA (notificar al solicitante)

Motivo de la denegación: _____

Si la solicitud es denegada, se notifica al solicitante el (MM/DD/AA) ____/____/____