

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) N.º de expediente médico

Seleccione el centro del DHS para el que aplica esta solicitud de comunicación confidencial:

Formularios de selección de centros de atención médica con casillas de verificación para: Los Angeles General Medical Center, Olive View-UCLA Medical Center, Harbor-UCLA Medical Center, CHC/Health Center, Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center, High Desert Regional Health Center, Martin Luther King, Jr. Outpatient Center. Incluye un campo para 'Otro' con subcampos para Nombre del centro, Dirección, Ciudad, Estado y Código postal.

Tenga en cuenta que este formulario no sirve para solicitar un cambio de dirección.

Usted tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de información médica por medios alternativos o en direcciones alternativas. Por ejemplo, si no quiere que sus avisos de citas o sus facturas lleguen a su casa, donde un familiar podría verlos, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted por otro medio o en una dirección alternativa, como un apartado postal.

No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables de recibir comunicaciones de nosotros por medios alternativos o en direcciones alternativas.

Si nos pide que nos comuniquemos con usted de una forma diferente o en una dirección diferente a la que estamos usando ahora, debe darnos una dirección alternativa u otro medio para contactarlo (teléfono, dirección de correo electrónico, etc.). Especifique cómo o dónde quiere que lo contactemos:

Indique qué medios de comunicación NO usar, encierre todas las que correspondan:

Correo Teléfono Fax Correo electrónico

Dirección alternativa (postal o correo electrónico):

Formulario de dirección alternativa con campos para: Apellido, Nombre, Segundo nombre, Dirección de correo electrónico, Dirección (N.º de Apt.), Ciudad, Estado, Código postal, Teléfono o fax alternativo, Firma del paciente o representante, Fecha, Si es representante, indique la relación.

APROBACIÓN

Formulario de aprobación con campos para: Firma del proveedor del tratamiento, Nombre en letra de molde, Fecha, Procesado por (Nombre del empleado), Firma, Cargo.

Caja redondeada para registrar: NÚMERO DE UNIDAD DE REGISTRO MÉDICO, NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO/SEXO.