

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:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Los Angeles General Medical Center | <input type="checkbox"/> Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center |
| <input type="checkbox"/> Olive View-UCLA Medical Center | <input type="checkbox"/> High Desert Regional Health Center |
| <input type="checkbox"/> Harbor-UCLA Medical Center | <input type="checkbox"/> Martin Luther King, Jr. Outpatient Center |
| <input type="checkbox"/> CHC/Health Center: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| Nombre del centro | Dirección Ciudad Estado 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):

 Apellido Nombre Segundo nombre Dirección de correo electrónico

 Dirección (N.º de Apt.) Ciudad Estado Código postal

Teléfono o fax alternativo (incluya el código de área): _____ / _____

Firma del paciente o representante: _____ Fecha _____

Si es representante, indique la relación: _____

APROBACIÓN

Firma del proveedor del tratamiento: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

Procesado por: _____

Nombre del empleado

Firma Cargo

NÚMERO DE UNIDAD DE REGISTRO MÉDICO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO/SEXO