

Solicitud de comunicación confidencial del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

Número de teléfono de acceso más frecuente: _____

Esta es una: Nueva solicitud Modificación de una solicitud anterior Cancelación de una solicitud anterior

Solicito que AdvantageCare Physicians considere la siguiente solicitud de comunicación confidencial. (Marque el método de entrega de preferencia y la dirección o el número de teléfono).

Información para la cual se solicita tratamiento confidencial: _____

Dirección de entrega: _____

Teléfono: _____

Otro (especifique): _____

Al firmar este formulario de autorización para solicitar comunicación confidencial de AdvantageCare Physicians respecto de mi información médica, yo comprendo que:

- Puedo solicitar recibir comunicaciones relacionadas con mi información médica protegida por medios alternativos o en una ubicación alternativa.
- Si se concede mi solicitud, esta se aplicará únicamente a la información y al tipo de comunicación (p. ej., dirección y teléfono) que designé anteriormente.
- AdvantageCare Physicians concederá todas las solicitudes razonables y, en caso de aceptación, AdvantageCare Physicians se comunicará conmigo según lo establecido en esta solicitud.
- Si AdvantageCare Physicians no puede conceder mi solicitud, recibiré una notificación mediante la cual se informará sobre el rechazo y los motivos.
- Tengo el derecho de revocar o modificar esta solicitud en cualquier momento. La solicitud debe hacerse por escrito y debe presentarse ante el consultorio médico correspondiente de AdvantageCare Physicians. O bien, se debe enviar por correo postal 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 sea revocada o modificada, esta restricción caducará en la siguiente fecha (o evento o condición): _____ . Si no especifico una fecha (o un evento o una condición) de vencimiento, esta autorización caducará 6 meses después de la fecha de su firma.
-

Solicitud de comunicación confidencial del paciente

- En situaciones de urgencia, AdvantageCare Physicians intentará en primer lugar comunicarse conmigo según lo solicitado anteriormente. En caso de no poder comunicarse conmigo, AdvantageCare Physicians intentará ponerse en contacto conmigo por otros medios.
- Comprendo que la firma de esta solicitud es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no pueden verse condicionados por el hecho de firmar o no esta solicitud.
- Puede hacer lo siguiente con los formularios completados:
 1. Dejarlos en un consultorio médico de AdvantageCare Physicians. Destinatario: Administrador del consultorio o
 2. Enviarlos por correo postal:
Privacy Officer
AdvantageCare Physicians
55 Water Street, 12th Floor, Rm 12H92
New York, NY 10041

Firma del paciente o del representante autorizado

Fecha

Nombre del paciente o del representante autorizado en letra de imprenta

Autoridad o relación del representante autorizado con el paciente

Para uso de ACP solamente

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

- Recibido por (en letra de imprenta): _____ Escaneado por el
 consultorio médico para HIM

Resolución de la solicitud: ____ OTORGADA ____ DENEGADA (Notificar al solicitante)

Motivo del rechazo: _____

En caso de rechazo, se notificó al solicitante (DD/MM/AA) ___/___/___