

## SOLICITUD DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Propósito: Este formulario se utiliza para documentar la solicitud de un asegurado para que utilicemos medios o dirección alterna para el envío de su información personal de salud.

### **SECCIÓN A: Información personal del solicitante**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Número de Contrato: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### **AL SOLICITANTE: Por favor lea el aviso y complete la información que se solicita**

Usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones sobre su información de salud se envíen por medios o una dirección alterna que usted indique para evitar perjuicio a su vida o salud. Trataremos de acomodar su solicitud si la misma es (a) razonable, (b) usted certifica que el uso de medios o dirección alterna puede evitar perjuicio a su vida o salud, (c) el medio o dirección alterna es razonable para comunicarnos con usted, y tramitar el pago de las primas del seguro y otros asuntos administrativos. Para completar su solicitud, complete la Sección B a continuación.

### **SECCIÓN B: Comunicación Confidencial que se Solicita**

¿El uso de medios alternos o dirección alterna para comunicarle su información de salud puede evitar un perjuicio a su vida o salud?      ( ) SI      ( ) NO

¿Qué información de salud interesa que se comunique por medios o dirección alterna?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Identifique cómo se manejará otra información relacionada con este seguro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicito me envíen mi información de salud usando el siguiente medio alterno. Describa toda la información sobre el medio alterno que nos solicita:

\_\_\_\_\_

Solicito que me envíen mi información de salud usando la siguiente dirección alterna. Describa toda la información sobre la dirección alterna que nos solicita:

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

Certifico que el uso de medios alternos o dirección alterna para comunicar mi información de salud puede evitar un perjuicio a mi vida o salud.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta solicitud la presenta el representante personal del solicitante, indique la siguiente información:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación con el Solicitante: \_\_\_\_\_

**USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO.**