
Solicitud de comunicaciones confidenciales

Fecha de solicitud: _____

Paciente/Persona

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
--------	----------------------------	----------	---------------------

Número de teléfono (con código de área)

Dirección de correo electrónico (opcional)

Solicitante (si es diferente del paciente/persona)

Nota: Para que un tercero pueda realizar una solicitud en nombre del paciente, es preciso que conste en el expediente un permiso/documentación por escrito.

Nombre	Apellido	Relación con el paciente
--------	----------	--------------------------

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico (opcional)

Solicitud de comunicaciones por medios alternativos

Solicito que Alpine Health se comunique conmigo por medios alternativos o en lugares alternativos por motivos de confidencialidad. Entiendo que Alpine Health cumplirá con las solicitudes razonables y me informará directamente y por escrito si no pueden cumplir con mi solicitud. Alpine Health no pedirá ninguna razón para esta solicitud.

Describe la solicitud: _____

Revisar y firmar

Entiendo que si la correspondencia enviada a una dirección alternativa es devuelta como imposible de entregar, si el teléfono alternativo está desconectado o fuera de servicio, o si no respondo de manera oportuna a las comunicaciones a través de una dirección o teléfono alternativo que he proporcionado, Alpine Health se comunicará conmigo a través de otros medios y/o en otros lugares.

Firma de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona

Fecha

X _____

Envíe este formulario completado por correo postal o correo electrónico a:

Attn: Privacy Officer
Physician Health Partners
PO Box 13406
Denver, CO 80202-9998

Privacy@Alpine-Physicians.com