

Solicitud de métodos de comunicación confidenciales o alternativos

PACIENTE

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Número de expediente

SOLICITUD

Use este formulario para solicitarnos que nos comuniquemos con usted a través de un método alternativo (p. ej., verbalmente o por escrito, por correo electrónico) o en una dirección diferente de la que tenemos registrada (p. ej., dirección laboral, particular o de la escuela).

Debe presentar la solicitud por escrito. No es necesario que nos explique el motivo de la solicitud.

Método de comunicación alternativo solicitado

Por escrito

Verbal

Correo electrónico

Otro:

Firma del individuo o del representante

(Si firma el representante,
indicar relación con el paciente)

Fecha

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Solicitud aceptada

Solicitud denegada por los siguientes motivos:

Firma

Puesto

Fecha

SOLO PARA USO OFICIAL

Paciente individual

Expediente médico del individuo