



Departamento de salud del condado de Jefferson

Solicitud de Comunicaciones Confidenciales Alternativas

Información del paciente

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección		Telephone Number	
Número de expediente medico (si lo sabe)		Fecha de la solicitud	

Por la presente, solicito que se me comunique mi información médica protegida, incluida la información clínica (ejemplo: los resultados de las pruebas, las instrucciones para el paciente), la información de facturación y otras comunicaciones del centro (ejemplo: encuestas), a la dirección/número de teléfono alternativo que se indica a continuación. Entiendo que esta solicitud de comunicaciones confidenciales se aplicará a todas las comunicaciones futuras relacionadas con la(s) fecha(s) de servicio que se enumeran a continuación, a menos que solicite un cambio por escrito. Entiendo que si la correspondencia enviada a una dirección alternativa no se puede entregar, si el teléfono alternativo está desconectado o fuera de servicio, o si no respondo de manera oportuna a las comunicaciones a través de la dirección/teléfono alternativo que he proporcionado, JCDH se comunicará conmigo a través de otros medios y/o en otras ubicaciones.

Esta solicitud es para los servicios recibidos en _____ (clínica o programa) en _____ (ubicación) el _____ (fecha de la visita). Esta solicitud es para _____ solo esta visita _____ todas las visitas futuras en esta área/programa.

Dirección/teléfono alternativo

Nombre: _____

Dirección de la calle: _____ Dpto. Numero (si aplica): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Numero de teléfono: _____

Firma del paciente/representante: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Revocación

Esta revocación aplica a las Comunicaciones descritas arriba.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/representante: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Office Use (JCDH staff fax form to (205) 930-1305 or deliver to ROI Division)

Request Received By: _____ (signature) Dept: _____ Date: _____

Request scanned into EMR _____ Date: _____

Send original to ROI Division

System(s) updated to reflect alternate information _____ Date: _____