

SOLICITUD PARA COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Utilice este formulario si usted desea solicitar un método alternativo de comunicación para recibir su Información Protegida de Salud de manera segura y confidencial (dirección postal, teléfono, etc.). Su solicitud será revisada por la Unidad de Privacidad para su aprobación o denegación, la cual le será notificada.

Yo, _____, solicito que MCS Classicare me envíe mi
Nombre de Afiliado o Representante (Letra de Molde)

Información Protegida de Salud utilizando el siguiente método o dirección alterna:

Entiendo que MCS Classicare aceptará solicitudes razonables para comunicaciones confidenciales. Entiendo que una vez la solicitud sea recibida y aprobada, MCS Classicare procesará toda la Información Protegida de Salud de acuerdo a mi solicitud.

Entiendo que, si cancelo esta solicitud para comunicaciones confidenciales, la restricción será eliminada de toda la Información Protegida de Salud mantenida por MCS Classicare, incluyendo información de salud que era previamente protegida.

Afiliado o Representante Autorizado

Firma

Fecha

Nombre de Testigo (de ser necesario)

Firma de Testigo

Fecha

Número de Contrato: _____

Fecha de Efectividad: _____

Para Uso de la Unidad de Privacidad Solamente:

___ Se acepta la solicitud completa.

___ Se deniega parte de la solicitud.

Especifique: _____

___ Se requiere información más específica.

___ Se deniega la solicitud completa.

Representante Unidad de Privacidad

Firma

Fecha

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje (incluyendo sus anejos) es solamente para el uso del destinatario arriba indicado y puede contener información confidencial y/o legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario indicado, queda notificado que cualquier uso, divulgación, o distribución de su contenido está estrictamente prohibido. De haber recibido este mensaje por error, favor de notificarlo al contacto indicado en el documento y destruir el mensaje original y todas las copias del mismo.