

FORMULARIO DE SOLICITUD

DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Este formulario le permite elegir si su información de salud se envía después de su visita al centro de salud. En este momento, si usted no diligencia este formulario, su información de salud será enviada a la persona que paga por el seguro que utiliza. Usted puede solicitar que la información se envíe a una dirección diferente o por otro medio que sólo usted verá. Puede hacerlo si considera que dar información de salud a la persona que paga por su seguro lo pondría en peligro.

Antes de enviar este formulario a su compañía de seguros, tal vez usted quiera contactar a su compañía de seguros para ver si permiten tomar una solicitud por teléfono o por correo electrónico. Si la compañía de seguros requiere una solicitud por escrito, diligencie este formulario y envíelo a su compañía de seguros.

Información sobre su Póliza de Seguro (por favor escriba en letra imprenta)

Esta información es privada y se utilizará únicamente para ayudar a su compañía de seguros a identificar la información de su póliza. Por favor llene tanta información como sea posible.

Nombre de la Compañía de Seguros _____

Su Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del miembro de su familia titular de la póliza (la persona que paga por el seguro): _____

Dirección del miembro de su familia titular de la póliza: _____

Número de identificación de su tarjeta como miembro: _____

Número en la tarjeta de identificación de grupo o cuenta: _____

Si su compañía de seguros tiene una pregunta sobre su solicitud, ¿hay algún número telefónico o dirección de email para que lo contacten en privado? De ser así, por favor proporcione el teléfono o dirección de email: _____

SOLICITUD:

1. Por favor enviar cualquier información sobre mi salud de la siguiente manera: (como dirección, correo postal, o dirección de email*): _

2. Quiero que mi información privada de salud se me envíe de forma privada ya que (elija uno):

☐ Considero que puedo ponerme en peligro si toda o una parte de mi información de salud es enviada al titular de la póliza.

☐ Otra (por favor dé su razón):_

Firma

Fecha

*Las solicitudes de maneras alternativas pueden no ser seguras.

NOTA: Cuando su compañía de seguros apruebe la solicitud, la aprobación aplicará únicamente a mensajes privados de la compañía de seguros. Si cambia de compañía de seguros, necesitará hacer una nueva solicitud a la nueva compañía de seguros. Después de enviar este formulario, verifique con su compañía de seguros para asegurarse de que su solicitud ha sido procesada y aprobada. Es importante saber que hasta que se apruebe su solicitud, la compañía de seguros puede continuar enviando su información de salud privada a la persona que paga por su seguro de salud.

Diciembre de 2014