



## SOLICITUD DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Usted tiene derechos de privacidad que incluyen:

- El derecho a que su Información de Atención Médica Protegida (**PHI** por sus siglas en inglés) sea tratada de manera confidencial.
- El derecho a que su **PHI** sobre Servicios de Contenido Sensibles le sea enviada a usted, en lugar de la persona que aparece de contacto principal en su seguro de salud.

“Servicios de Contenido Sensibles” se refiere al cuidado de la salud mental o la conducta, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, los trastornos por el abuso de sustancias y/o la violencia doméstica, y a servicios de reasignación de género.

- The El derecho a proporcionar una dirección o correo electrónico, o un número de teléfono alterno para comunicarse con usted acerca de los Servicios de Contenido Sensibles que obtenga.

Para que la información sobre los Servicios de Contenido Sensibles que usted obtenga se envíe a otra dirección o a un número de teléfono alterno, favor de llenar esta **Solicitud de Comunicación Confidencial**.

Nombre: \_\_\_\_\_

Núm. de Miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el mejor número para llamar con respecto a esta solicitud?**

Tel: \_\_\_\_\_

### Tipo de solicitud

Nueva Solicitud  Actualizar solicitud existente

Retirar la solicitud a partir de: \_\_\_\_\_

**Solicito que mi comunicación confidencial sea enviada a la dirección alterna o por otro medio indicado a continuación. Por favor marque solo una opción y especifique la dirección, correo electrónico, o teléfono.**

Servicio Postal de EE.UU.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, yo autorizo a que se envíe mi comunicación confidencial a la dirección alterna o por el medio indicado anteriormente, hasta que yo retire esta solicitud.**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Por favor envíe el formulario completo y firmado a:

Dirección postal:  
**AltaMed Health Services**  
**PO BOX 7280**  
**Los Angeles, CA 90022-7280**

Número de Fax  
**(323) 530-5770**

**Tenga en cuenta que:**

- Los tiempos de procesamiento de las solicitudes iniciales y las actualizaciones varían. Nos tomará siete (7) días desde el día en que recibamos la solicitud por teléfono, por fax o por correo electrónico y catorce (14) días por servicio postal.
- Hasta que terminemos de procesar su solicitud, continuaremos enviando información a su dirección actual.
- Llámenos al (866) 880-7805 para someter un nuevo formulario CCR, para retirar una solicitud previa, o actualizar su información. Nos tomará siete (7) días para procesar su solicitud desde el día en que recibamos la solicitud por teléfono.
- Si usted cambia de seguro o proveedor médico, deberá dejarles saber que deben enviar su comunicación confidencial a su dirección alterna u otro medio elegido.

---

*Para uso interno solamente*

Received By: \_\_\_\_\_  
On: \_\_\_\_\_

Date Completed: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Electronically \_\_\_\_\_ Mail

\_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_