

Solicitud para recibir comunicaciones confidenciales a través de un medio y/o lugar alternativo

Rellene todos los campos que le correspondan de la manera más específica y clara posible. El formulario relleno puede enviarse al equipo de HISM por correo electrónico a **HISM@wellpower.org**, por fax al **(303) 504-6504**, por correo postal/en persona a **4141 E. Dickenson Pl. (Office 170), Denver, CO 80222 – Atención: HISM**. Si tiene preguntas, por favor llame al (303) 504-6510.

Información de la persona a la que servimos

Por favor, complete la siguiente información acerca de la persona que es el sujeto de la información de salud protegida.

Nombre: _____ S.N.: _____ Apellido: _____
 # ID WellPower: _____ Fecha de nacimiento: _____ (mm/dd/aaaa)

Información del solicitante (Dejar en blanco si no procede)

Si usted presenta la solicitud en nombre de la persona que recibe los servicios, por favor, rellene sus datos a continuación.

NOTA: Se debe proporcionar la documentación que acredite su autoridad legal para realizar esta solicitud, si no está ya archivada.

Nombre: _____ S.N.: _____ Apellido: _____
 Organización: _____ Relación: _____

Su información de contacto

Dirección: _____ Ciudad, Estado: _____ Código postal: _____
 Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Detalles sobre la comunicación confidencial solicitada

Correo electrónico: _____
 Encriptado Sin encriptar -Entiendo que la elección de enviar y recibir correo electrónico pone en riesgo la seguridad de mi información sanitaria y puede ser interceptada durante la transmisión.

Dirección: _____
 Para: _____

Teléfono: _____
 Mensajes de texto- Entiendo que los mensajes de texto no son seguros a menos que se utilice una aplicación de mensajería segura y que el tipo de información que se puede enviar por texto es limitado. Llamada telefónica Ok para dejar mensaje No dejar mensaje

Otros / Detalles adicionales:

Esta solicitud se aplica a la siguiente información:

Solicito que mi información de salud protegida sea entregada por el método y/o lugar alternativo descrito anteriormente. Entiendo que WellPower sólo está obligada a conceder solicitudes razonables. Entiendo que en caso de emergencias o en el caso de que el lugar alternativo ya no esté disponible, puede que no sea razonable acoger este tipo de comunicación.

X _____
 Firma del solicitante Fecha de la firma

For WellPower Use Only

Aprobado

Denegado

WellPower no puede satisfacer razonablemente esta solicitud.

Reviewed by: _____ Reviewed Date: _____

X _____
 Signature of reviewer Title