



Solicitud de Manejo Confidencial de Información Protegida de la Salud (PHI)

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial Seg. Nombre Apellido de soltera u otro nombre

Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Archivo Médico #: _____ Tel: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____

Centro visitado: _____ Fecha aproximada: _____

Yo solicito el manejo confidencial de comunicaciones para mí en relación con mi información protegida de la salud (PHI, por sus siglas en inglés):

- Para toda la información de la salud
Sólo para información de la salud relacionada con una enfermedad o lesión particular
Por un periodo de tiempo específico: Desde _____ Hasta _____
Sólo para asuntos de facturación

La comunicación a mi de PHI debería ser manejada de la siguiente manera:

- Enviada a una dirección alternativa: _____
*Sólo vía correo electrónico: _____ * Para seguridad de sus registros, todos los correos electrónicos se envían cifrados.

Descargo de responsabilidad por correo electrónico no cifrado

- Yo entiendo que los registros enviados a través de correo electrónico que no esté cifrado representan un riesgo de seguridad y que este es mi método de recibo solicitado. (Por favor escriba sus iniciales)
A un número de teléfono alternativo: _____
Otro (por favor especifique): _____

Yo entiendo que Concentra tiene el derecho de negar mi solicitud si fuera difícil de administrar. Yo estoy de acuerdo en que si esta solicitud tiene impacto en cómo se hacen los pagos por servicios del cuidado de la salud provistos a mí, yo voy a garantizar el pago de estos servicios pagando por ellos en su totalidad al momento de la solicitud. El manejo confidencial no está disponible para Compensación a Trabajadores.

FIRMA DEL PACIENTE FECHA PADRE/ GUARDIAN LEGAL /PERSONA AUTORIZADA FECHA

RELACION CON EL PACIENTE

Usted puede enviar este formulario:

- En persona: al centro médico Concentra más cercano
Por correo: Concentra Privacy Office
5080 Spectrum Dr. Suite 1200 West, Addison, Texas 75001
ATTN: Privacy Office
Por fax: 214.775.4408
Por correo electrónico: PrivacyOffice@concentra.com

FOR INTERNAL USE ONLY (PARA USO INTERNO SOLAMENTE)

Complete the section below then
Email this request to PrivacyOffice@Concentra.com or fax to 214-775-4408

Notice of Decision

- Confidential Handling Completed Denied
If denied, reason for denial is: Concentra is unable to administer the request
Other

Staff member who processed request Title Phone Date sent to Privacy Office

Facility Name Location Number (if applicable)