



SOLICITUD SOBRE CONDICIONES DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Se le pide que complete este formulario porque usted pidió que FIGHT se comunique con usted por medios alternativos o en lugares alternativos. FIGHT cumplirá todas las solicitudes razonables para recibir comunicaciones de información médica protegida (PHI) por medios alternativos o en lugares alternativos.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Qué información quiere que se comunique por medios alternativos o a lugares alternativos?

Describa los medios alternativos solicitados (como lugar/dirección/teléfono/correo electrónico que se enviará cifrado y seguro):

Esta solicitud fue hecha por (marque una opción):

Solicitud por cuenta propia: paciente adulto o adolescente mayor de 13 años

Solicitud de tutor/padre/madre

Nombre del tutor/padre/madre: _____ Fecha de nacimiento del tutor/padre/madre: _____

Solicitud de representante legal del paciente: complete abajo

Nombre del representante: _____ Fecha de nacimiento del representante: _____

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente:

Firma del paciente o del representante legal del paciente
(Debe completar el formulario antes de firmarlo).

Fecha

SOLO PARA USO INTERNO DE FIGHT

El personal debe enviar este formulario de solicitud por correo electrónico al director de Privacidad de FIGHT a privacy@fight.org, en el plazo de diez (10) días después de la recepción de la solicitud.