

Complete todo el formulario
Adjunte páginas adicionales según sea necesario.

Solicitud de formulario para comunicaciones
confidenciales alternativas

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT DALLAS
CALLIER CENTER FOR COMMUNICAITON DISORDERS

**SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES
ALTERNATIVAS DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre: _____ Número de teléfono diurno _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Descripción del medio o de la ubicación a la cual desea que Callier Center le proporcione comunicaciones que contengan Información Médica Protegida: _____

Descripción de la información médica a la que se aplicará el método de comunicación (marque una opción):

Toda la información médica perteneciente al individuo identificado anteriormente.

Otro. Especifique: _____

Si esta restricción afectaría nuestra capacidad para brindar tratamiento o cobrar o realizar pagos en relación con sus beneficios de salud, explique cómo se manejaría esto según la restricción propuesta:

¿Podría ponerlo en peligro la divulgación de información médica que no sea la solicitada?

Marque uno: Sí No

Firma: _____ Fecha: _____

Si la solicitud está firmada por un Representante legal de la persona física:

Nombre impreso del representante legal: _____

Autoridad del representante para actuar en nombre del individuo: _____

Si lo firma un Representante legal de la persona, tenga en cuenta que debemos verificar que usted es el representante legal de esta persona a los efectos de presentar esta Solicitud. Adjunte cualquier documento que respalde esta autoridad (poder notarial, orden judicial, etc.). Como

Complete todo el formulario

Adjunte páginas adicionales según sea necesario.

Solicitud de formulario para comunicaciones
confidenciales alternativas

representante de esta persona, ¿podemos comunicarnos con usted a la dirección, al correo electrónico o al número de teléfono que figuran arriba? De lo contrario, proporcione su dirección postal, dirección de correo electrónico y número de teléfono a continuación:

Para uso exclusivo de Callier Center

Persona que procesa la solicitud: _____

Fecha de recepción de la solicitud: _____

Solicitud: Otorgada Denegada Fecha de notificación al individuo: _____

Método y destino de la notificación: _____