# SOLICITUD de MANEJO CONFIDENCIAL de la INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Imprima toda la información solicitada para evitar demoras en nuestras respuestas y entregue el formulario diligenciado a su centro.

**Nombre del paciente:** _____
**Apellido** **Nombre** **Inicial segundo nombre** **Apellido de soltera u otro nombre**

**Dirección:**_____ **Ciudad:** _____

**Estado:** _____ **Código postal:**_____

**Fecha de nacimiento:**_____-_____-_____ **N.° de teléfono:** _____

**Solicito el manejo confidencial de las comunicaciones que se me envíen con respecto a mi Información de salud protegida (PHI):**

- ❑ Para toda la información de salud
- ❑ Solo para información de salud relacionada con una enfermedad o lesión determinada_____
- ❑ Para un periodo específico: De _____ a_____
- ❑ Solo para facturación.

**La comunicación de la información de salud protegida (PHI) que se me envíe debe manejarse de la siguiente manera:**

- ❑ Correo a una dirección alternativa de:_____
- ❑ Solo a través del correo electrónico:_____

*Para seguridad de sus registros, todos los correos electrónicos se envían encriptados.

**Descargo de responsabilidad de correo electrónico no encriptado:**

**Entiendo que los registros que se me envíen por correo electrónico no encriptado conllevan un riesgo de seguridad, pero es el método que solicito para que se me envíe la información.____(Anote sus iniciales)**

- ❑ A un número de teléfono alternativo:_____
- ❑ Otro (especifique):_____

Entiendo que tienen derecho a denegar mi solicitud si sería difícil de administrar. Acepto que si esta solicitud afecta el modo en el que se realizan los pagos por los servicios de salud que se me suministran, garantizaré el pago de estos servicios mediante el pago total en el momento de la solicitud.

_____ _____ O _____ _____
**FIRMA DEL PACIENTE** **FECHA** **PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA AUTORIZADA** **FECHA**

_____
**RELACIÓN CON EL PACIENTE**

---

**SOLAMENTE PARA USO INTERNO**

Complete la siguiente sección y conserve esta solicitud con los registros del paciente.

## Decisión

Manejo confidencial: ❑ Completada ❑ Denegada

Si ha sido denegada, el motivo es:
- ❑ No podemos administrar la solicitud
- ❑ Otro_____

_____ _____
Nombre del asociado que procesó la solicitud Fecha en que se procesó la solicitud