



Formulario de solicitud de comunicación confidencial

Gracias por elegir a Alameda Alliance for Health (Alliance). Somos su aliado en la salud. Como miembro de Alliance, usted tiene derecho a elegir cómo se comparte su información de salud protegida (protected health information, PHI). Puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted por correo postal, correo electrónico (los correos electrónicos se enviarán de forma segura) o por teléfono.

Para solicitar comunicaciones médicas confidenciales (privadas), debe enviar este formulario a:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Member Services Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
Fax: **1.877.747.4504**
Correo electrónico: **memberservices@alamedaalliance.org**

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____
N.º de identificación de miembro de Alliance: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Teléfono del hogar Teléfono celular

SECCIÓN 2: CÓMO RECIBIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Yo solicito que las comunicaciones que contengan información confidencial (privada) se envíen por (seleccione todas las que apliquen):

Correo postal a esta dirección preferida:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico a: _____

Teléfono llamando al: _____ Teléfono del hogar Teléfono celular

SECCIÓN 3: FIRMA

Al firmar a continuación, confirmo que la información anterior es verídica y correcta. Quiero este cambio en la comunicación hasta que lo cancele o envíe un nuevo Formulario de solicitud de comunicación confidencial.

Si firma en nombre del miembro, describa su relación a continuación. Si usted es el representante legal del miembro, envíenos copias de esos formularios (como el poder legal o la orden de tutela).

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el miembro si firma por él: _____