

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL
RESTRICCIONES SOBRE CÓMO NOS COMUNICAMOS CON USTED

Tiene el derecho de solicitar que Gastro Health se comunique con usted por medios alternativos o en una ubicación alternativa si la divulgación de su Información Protegida de Salud pudiera ponerlo en peligro. Utilice este formulario para iniciar una solicitud de esta naturaleza. También puede usar este formulario para solicitar una restricción de su uso o divulgación de Información Protegida de Salud para propósitos de operaciones de pago y atención médica.

Tendremos en cuenta su solicitud si se cumplen los siguientes criterios:

1. Su petición es razonable;
2. Usted afirma claramente que no aceptar su solicitud podría ponerlo en peligro;
3. Usted proporciona medios o lugares alternativos para la comunicación con usted; y
4. Usted proporciona una explicación satisfactoria de cómo se manejarán las facturas (si las hay) en el caso de utilizar la ubicación alternativa.

TENGA EN CUENTA: NO UTILICE ESTE FORMULARIO SIMPLEMENTE PARA CAMBIAR SU DIRECCIÓN.

Si necesita ayuda para completar este formulario o para realizar un cambio de domicilio, llame al Director de Privacidad al (305) 913-0682.

También puede usar este formulario para cancelar o modificar una solicitud ya concedida para comunicaciones confidenciales.

UNA VEZ COMPLETO Y FIRMADO, ENVÍELO POR CORREO A: **Gastro Health**
A la atención de: Director de Privacidad
9500 S. Dadeland Blvd., Suite 200
Miami, FL 33156

Sección A: Solicitud de Comunicación Confidencial o Modificación/Cancelación de una Solicitud Anterior

Elija una de las siguientes:

- Solicitud Inicial** – Este formulario es una Solicitud inicial de Comunicación Confidencial. (Complete todo el formulario.)
- Modificar una Solicitud Anterior** – Este formulario modifica (es decir, cambia la dirección alternativa) una Solicitud de Comunicación Confidencial previamente aprobada. (Complete todo el formulario.)

- Cancelar una Solicitud anterior** – Este formulario cancela una Solicitud de Comunicación Confidencial previamente aprobada. (Complete la Sección B y continúe con la Sección D.)

Introduzca la fecha para cancelar una solicitud anterior:

Fecha: mes/día/año

Sección B: Por favor complete lo siguiente sobre su información:

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	
Número de Teléfono	Dirección de correo electrónico (opcional)	

Sección C: Complete los siguientes datos sobre la solicitud de comunicación confidencial:

¿El hecho de no comunicar su PHI a una ubicación alternativa lo pondrá en peligro? Si selecciona "no", llame al número de servicio al cliente en la parte posterior de su tarjeta de identificación para solicitar un cambio de dirección.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique si esta solicitud de restricción debe aplicarse a comunicar su PHI a su Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA) o Cuenta de Ahorro para Flexible (FSA), si corresponde:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Sección C: Complete los siguientes datos sobre la solicitud de comunicación confidencial:

Solicito que toda mi PHI se comunique a la ubicación alternativa que figura a continuación:

Ubicación Alternativa: Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Número de Teléfono: _____

Indique cómo se manejarán los pagos (si es el caso) al utilizar la ubicación alternativa que usted solicite.

Si se concede esta solicitud, tenga en cuenta lo siguiente:

1. Esta solicitud perderá validez luego de dieciocho (18) meses a partir de la fecha colocada en el renglón de la firma.
2. Gastro Health y sus Socios Comerciales únicamente son responsables de la PHI que ellos revelen a la dirección alternativa que haya designado en la Sección C.

Sección D: Firma - Este documento debe ser firmado por la persona, el padre de un menor de edad o el Representante Personal.

Solicito que Gastro Health divulgue mi PHI como se especifica en la Sección C anterior. Entiendo que Gastro Health no tiene ninguna obligación de aceptar mi solicitud. Entiendo que recibiré una respuesta por escrito con respecto a mi solicitud. Entiendo que si firmo en nombre de un menor de edad, la solicitud perderá validez cuando el niño llegue a la edad de 18 años, a menos que existe un comprobante de tutela legal.

Firma

Fecha: mes/día/año

Sección E: Si un Representante Personal firma la Sección D, complete la siguiente información:

Si firma en carácter de Apoderado, Tutor Legal, Albacea o Administrador, adjunte una copia de los Documentos legales. Usted **NO** tiene que adjuntar las copias de los documentos que ya se encuentren en los archivos de Gastro Health.

_____ Nombre del Representante Personal	_____ Relación con la Persona
_____ Dirección del Representante Personal	_____ Ciudad, Estado, Código Postal
_____ Número de Teléfono del Representante Personal	_____ Dirección de correo electrónico del Representante Personal (opcional)