



Hospitales y Clínicas de Salem Health

Solicitud de comunicados confidenciales
Con respecto a la información médica protegida

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
# de teléfono:		# de expediente médico (opcional):	
Calle:		Ciudad:	Estado/Código postal:

SOLICITUD

Yo solicito que se me comunique con el uso de un medio alternativo. Cuando Salem Health se ponga en contacto conmigo o mi representante personal para proveer alguna información acerca de mi condición del cuidado de salud, tratamiento o pagos, Salem Health debería usar el comunicado confidencial que se describe abajo:

POR FAVOR DESCRIBA LA MANERA DE COMUNICADO ALTERNATIVO O EL METODO QUE SE UTILIZARÁ

Firma

(Si es firmado por un representante personal, por favor escriba a continuación)

Fecha

Nombre del representante personal:

Relación con el paciente:

Esta solicitud no le garantiza que todos los proveedores de Salem Health quienes previamente recolectaron información de contacto de usted recibirán esta solicitud. Usted es responsable de dirigir sus preocupaciones de comunicados en el momento y lugar en el que recibió los servicios.

Por favor regrese el formulario completado al oficial de privacidad:

Salem Health Privacy Officer
Corporate Integrity Office
P.O. Box 14001
Salem, OR 97309-5014