



SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de expediente médico: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Solicito comunicaciones confidenciales en relación con el encuentro mencionado debajo. Solicito que The MetroHealth System (MHS, por sus siglas en inglés) me envíe una comunicación en relación con este encuentro a través de otro método (por ejemplo, correo electrónico o teléfono) o a una ubicación diferente (por ejemplo, una dirección que no sea la de mi vivienda). Tengo entendido que MHS puede aceptar o denegar mi solicitud. La solicitud será efectiva de manera indefinida a menos que se indique de otra manera.

Fechas de la información de salud específica: _____

Condiciones específicas a ser restringidas: _____

Medios o ubicación alternativos: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del representante personal (si corresponde): _____

Firma del representante personal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Envíe el formulario completo por correo electrónico a HIPAAprivacy@metrohealth.org, por fax a (216) 778-8777 o por correo a The MetroHealth System, Attn: Privacy, 2500 Metrohealth Drive, Cleveland, OH 44109

Exclusivo para el uso de MHS:

Date Request Reviewed: _____

Position Titles of Reviewers: _____

Request is: Approved Denied Reason for Denial: _____

Final Action Taken: _____

Flagged in electronic record: Completed

Privacy Officer's/Designee's Signature: _____ Date: _____