



**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](mailto: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: \_\_\_\_\_