



# NORTHERN INYO HOSPITAL

Northern Inyo County Local Hospital District

150 Pioneer Lane · Bishop, California 93514 · Voz (760) 873-5811 · Fax (760) 872-2768

## SOLICITUD PARA COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de Expediente Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Usted puede solicitar recibir información médica protegida de una forma en particular. Por ejemplo, si usted no quiere recibir en su casa los recordatorios de sus citas o las facturas para que sus familiares no puedan verlos.

Es posible que no le preguntemos el motivo de su solicitud. Autorizaremos todas las solicitudes razonables, pero podríamos pedirle que pague los cargos asociados con su solicitud, como puede ser el costo de larga distancia telefónica, etc., de ser necesario. No se considerará su solicitud razonable si, en el futuro, no podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información de su tratamiento, que en nuestro juicio profesional usted necesita saber, o por razones de pago.

Si usted hace una solicitud especial, usted tiene que darnos un número de teléfono, domicilio u otro método para comunicarnos con usted. Además, necesitamos que nos proporcione su dirección postal por razones de pago. Por favor especifique cómo y dónde quiere que nos comuniquemos con usted:

Yo solicito que el hospital se comunique conmigo de esta forma:
Si no me encuentran de esta forma, el hospital puede usar este método alternativo:
La información de pago puede enviarse a:

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante Fecha/Hora  
Si el firmante no es el paciente, indique la relación

Cancelar la restricción de comunicación mencionada anteriormente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante Fecha/Hora  
Si el firmante no es el paciente, indique la relación

**Si usted considera que se han violado sus derechos de confidencialidad, le recomendamos que se comunique con nuestro Oficial de Confidencialidad (Privacy Officer) al teléfono (760) 873-2846 o presente una queja por escrito. Usted puede presentar su queja por escrito con cualquier empleado de Northern Inyo Hospital, quien se la hará llegar al Oficial de Confidencialidad.**

### PARA USO DEL HOSPITAL (FOR HOSPITAL USE ONLY)

\_\_\_\_\_  
Received by: Date/Time