

## MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Este formulario es aplicable solo cuando el cliente solicita un modo especial de comunicación basado en una preocupación de confidencialidad. Este formulario NO debe ser usado solo para notificar a Kings View sobre un cambio de domicilio u otra información de contacto.

### I. SOLICITUD

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Archivo Médico: \_\_\_\_\_

Usted puede solicitar recibir comunicación confidencial de su información de salud privilegiada (PHI) por medios alternos o a un domicilio alternativo. Por ejemplo, es posible que usted no quiera que sus avisos de citas o facturas sean mandadas a su casa donde un familiar podría verlos.

Usted no tiene que decirnos la razón de su solicitud. Haremos arreglos para toda solicitud razonable.

Si usted hace una solicitud especial, debe proporcionarnos con un domicilio alternativo u otro método de contactarlo(a) (número de teléfono, correo electrónico, etc.). Por favor especifique como y donde quiere que se le contacte:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(Cliente/representante legal)

Si firmado por otra persona que no sea el cliente, indique relación: \_\_\_\_\_

Escriba Nombre: \_\_\_\_\_  
(Representante legal)

**REGRESE esta forma a la facilidad de Kings View donde recibe (ió) servicios.**

Para más información sobre sus derechos de privacidad-

- Vea el Aviso de Prácticas de Privacidad disponible en nuestra página de web en [www.kingsview.org](http://www.kingsview.org) O
- Obtenga una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en la facilidad donde recibe (ió) servicios.

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja. *No se le penalizará por presentar una queja.*

Para presentar una queja con el Dpto. de Kings View, llame o escriba al Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito a:

Kings View  
Atención: Oficial de Privacidad  
7170 N. Financial Drive, Suite 110  
Fresno, CA 93720  
Teléfono: (559) 256-1080

Usted también puede presentar su queja con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S.

U.S. Department of Health and Human Services  
Office of Civil Rights  
90 7<sup>th</sup> Street, Suite 4 – 100  
San Francisco, CA 94103  
Teléfono (800) 368-1019  
TDD (800) 537-7697

---

## II. RESPUESTA

\_\_\_\_\_ Solicitud APROVADA                      \_\_\_\_\_ Solicitud NEGADA

Por: \_\_\_\_\_

*Escriba Nombre*

*Título*

\_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

*Fecha*

Razón de Negación:

\_\_\_\_\_ Administrativamente imparcial para acomodar solicitud.

\_\_\_\_\_ Usted no proporcionó información de cómo se debe manejar el pago, si es aplicable.

\_\_\_\_\_ Usted no especificó un domicilio o método alterno.

\_\_\_\_\_ El acomodar su solicitud es muy caro.

Explicación adicional:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## III. NOTIFICACIÓN AL CLIENTE

Fecha de Notificación: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ En Persona

Por: \_\_\_\_\_

*Escriba Nombre*

*Título*

\_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

*Fecha*