

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 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 7th 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