



SOLICITUD DE COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) POR MEDIOS O UBICACIÓN ALTERNATIVOS

Utilice este formulario para solicitar medios confidenciales alternativos para recibir comunicaciones que incluyan la información médica protegida (PHI) del miembro.

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de id. del miembro: _____

Yo, _____, solicito que Sentara Health Plans:

Envíe mi información médica protegida a un domicilio alternativo. Enviar a:

Nombre Inicial del Apellido
segundo nombre

Domicilio, calle Nro. de apartamento

Ciudad Estado Código postal

Utilizar un método alternativo para comunicar mi información médica protegida. Método de comunicación que incluye cómo me pueden contactar:

Marque esta casilla si todo o parte de la PHI pudiera poner en peligro al individuo si no se lo comunica por los medios alternativos solicitados o en la ubicación alternativa.

Comprendo que puedo revocar o cambiar esta solicitud en cualquier momento escribiendo a **Sentara Health Plans**; sin embargo, **Sentara Health Plans** usará esta autorización hasta que reciba un aviso por escrito. Comprendo que sigo siendo responsable de mi parte del pago de los servicios prestados. El aviso de pago debe enviarse a mi ubicación alternativa, al lugar a continuación, o mediante el método a continuación:

Ubicación o método de comunicación del aviso de pago si es diferente de lo anterior:

Envíe este formulario de solicitud completo por correo postal o correo electrónico a:

Sentara Health Plans Compliance
PO Box 66189
Virginia Beach, VA 23466
shpprivacy@sentara.com

Declaración de privacidad: Tenga en cuenta que el correo electrónico y los mensajes de texto pueden ser interceptados en su transmisión o desviados.

Firma del miembro Fecha

Firma del representante personal/autorizado, padre/madre o tutor Fecha