

**Solicitud para Comunicaciones a través de Canales
Confidenciales**

Medical Specialists of the Palm Beaches, Inc.
Oficial de Privacidad
5700 Lake Worth Road, Suite 204
Lake Worth, FL 33463

Línea de Asistencia sobre Cumplimiento: (561) 207-2120

Como es requerido por la *Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Información de Salud (HIPAA)*, usted tiene el derecho a solicitar que las comunicaciones concernientes a su información de salud personal sean hechas a través de canales confidenciales. Este consultorio médico no preguntará la razón de la solicitud, y tratará de atender todas las solicitudes razonables.

Yo, _____ (nombre en letra de imprenta) por la presente solicito el uso de los siguientes canales confidenciales para la comunicación de información relacionada a mi salud personal, tratamiento o pago para el tratamiento. **Esta solicitud anula cualquier solicitud previa para comunicaciones a través de canales confidenciales que haya podido realizar.**

Por favor seleccione todas las que apliquen:

- Teléfono** Quiero que me contacten por teléfono al _____
 - Hacerlo No hacerlo dejar mensajes en mi maquina contestadora
 - Hacerlo No hacerlo dejar mensajes con cualquier otra persona

- Correo** Quiero que me contacten a la siguiente dirección: _____

- E-mail** Quiero que me contacten a la siguiente dirección de e-mail: _____

- Fax** Quiero que me contacten al siguiente número de fax: _____

- Otras solicitudes para comunicaciones confidenciales:** Puede designar un representante que esté autorizado para discutir su condición médica con MSPB en nombre suyo (especifique):

Nombre _____ Parentesco _____ # Teléfono de contacto _____

Nombre _____ Parentesco _____ # Teléfono de contacto _____

Nombre _____ Parentesco _____ # Teléfono de contacto _____

- Marque aquí si acepta rembolsar a esta oficina por los costos asociados con esta solicitud. Cualquier costo relacionado con esta solicitud le será explicado antes de ser facturado.

Firmado: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Si no es firmado por el paciente, por favor indique el parentesco:

- Padre o tutor de un paciente menor de edad
- Tutor o custodio de un paciente incapacitado
- Beneficiario o representante personal de un paciente fallecido
- Otro (especifique)

Nombre del Paciente: _____

Para uso de la oficina solamente:

Fecha de concesión: _____ Fecha de Terminación o Modificación: _____