



FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Llene este formulario para recibir todas las comunicaciones que revelen información médica o el nombre y la dirección del proveedor en relación con la recepción de servicios médicos en una dirección alternativa o por medios alternativos.

Persona con cobertura que solicita la comunicación confidencial:

Nombre: _____

Número de historia clínica: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico (si corresponde): _____

Número de teléfono: _____

Envíe todas las comunicaciones futuras a la dirección indicada a continuación:

Dirección alternativa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico alternativa (si corresponde): _____

Número de teléfono: _____

Método de comunicación alternativo (si corresponde): _____

¿Cómo le gustaría que se comuniquen con usted en caso de que tengamos preguntas sobre esta solicitud?

Entiendo que esta solicitud tendrá vigencia hasta que la revoque o presente una nueva solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Favor de devolver la solicitud llena y firmada a:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. PO Box 939001, San Diego, CA 92193-9001.