



## SOLICITUD DE RESTRICCIÓN EN LA FORMA O EN EL MÉTODO DE ENVÍO DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Usted puede solicitar recibir comunicaciones confidenciales en relación con la información protegida concerniente a su salud (IPS), por métodos alternativos o en otra dirección. Esto, por ejemplo, si no desea que las notificaciones de citas médicas o su factura lleguen a su hogar, donde otro familiar pudiera verlas.

En breve, usted recibirá comunicaciones sobre la información protegida concerniente a su salud (IPS) —por vía telefónica y postal—, al número de teléfono y la dirección que nos proporcionara al registrarse.

Puede que no le preguntemos el motivo de su solicitud. Procuraremos acomodar toda solicitud razonable.

Si hace un pedido especial, tendrá que darnos una dirección alternativa o indicarnos otra manera de contactarle (número de teléfono, dirección electrónica, etc.). Por favor, especifique cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

---

---

---

---

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente o representante legal)

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

Si es representante del (de la) paciente, indique su relación con este(a): \_\_\_\_\_