



Formulario de solicitud de manejo confidencial

Please Review Prior to Completing: Este formulario se usa para pedir un método alternativo de comunicación (es decir, un correo electrónico, un teléfono o una dirección diferente) que no sea el que consta en el expediente, por motivos de confidencialidad. No debe usarse cuando un paciente quiere recibir una copia de su expediente médico o nombrar a otra persona para que reciba su expediente médico.

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido de soltera u otro nombre

Fecha de nacimiento: _____ **Número de expediente médico:** _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Centro visitado: _____

Solicito el manejo confidencial de las comunicaciones dirigidas a mí relacionadas con mi información médica protegida (PHI):

Para toda la información médica

Solo para información médica relacionada con una enfermedad o lesión específica: _____

Durante un período de tiempo específico, de _____ a _____

Solo para asuntos de facturación

Las comunicaciones sobre mi PHI deben manejarse de esta manera:

Envío por correo postal a una dirección alternativa: _____

Solo por correo electrónico: _____ [Marque con una X aquí si prefiere que se envíe el correo electrónico sin cifrar.]

A un teléfono alternativo: _____

Otra (especifique): _____

Entiendo que Concentra tiene el derecho de denegar mi solicitud, si fuera difícil de cumplir. Acepto que, si esta solicitud afecta la forma en que se hace el pago de los servicios de atención médica que se me presten, garantizaré el pago de estos al pagarlos en su totalidad en el momento de la solicitud. Entiendo que el manejo confidencial no se puede aplicar a la Compensación de los trabajadores.

Firma del paciente Fecha Padre/madre/tutor designado/persona autorizada Fecha

Relación con el paciente

Para procesarlo de la forma más eficiente

Nuestra herramienta Location Finder (Localizador de centros) en Concentra.com tiene la información de contacto (teléfono, fax, dirección de correo postal) de los centros médicos de Concentra.

También puede enviar la solicitud a la Oficina de Privacidad de Concentra:

- Por correo postal: Concentra Privacy Office, 4714 Gettysburg Road, Mechanicsburg, PA 17055
- Por fax: 214-775-4408
- Por correo electrónico: privacyoffice@concentra.com

FOR INTERNAL USE ONLY

Facility: Refer to applicable internal procedure. Contact the Concentra [Privacy](#) Office with questions.

Notice of Decision:

Confidential Handling: Completed Denied

If denied, reason for denial is:

Concentra is unable to accommodate the request.

Other _____

Leadership Colleague Handling Record Review Title Phone Date Completed

Facility Name