

# Request for Alternative Means of Communication

---

Date: \_\_\_\_\_

Patient name: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_ Medical Record #: \_\_\_\_\_

You may request to receive confidential communications of protected health information (PHI) by alternative means or at alternative addresses. For example, you may not want your appointment notices or your bill to go to your home where a family member might see it.

We may not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests.

If you make a special request, you must give us an alternative address or other method of contacting you (phone number, email address, etc.). Please specify how or where you wish to be contacted:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(patient/legal representative)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_  
(legal representative)

For more information about your privacy rights, see the "Notice of Privacy Practices" available on our website at [insert web address] or at [insert department name] at [insert hospital name] or by sending a written request to [insert address].

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the hospital or with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. To file a complaint with the hospital, contact [insert the name, title, and phone number of the contact person or office responsible for handling complaints]. All complaints must be submitted in writing.

*You will not be penalized for filing a complaint.*

(over)

Request APPROVED

Request DENIED

By: \_\_\_\_\_  
*Signature*

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Reason for Denial:

- Administratively impractical to accommodate request.
- You failed to provide information as to how payment, if applicable, will be handled.
- You failed to specify an alternative address or method.
- Too expensive to accommodate request.

Additional explanation: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Solicitud de Métodos Alternativos de Comunicación

---

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

Usted puede solicitar recibir avisos confidenciales de información médica protegida por otros medios o en otros domicilios. Por ejemplo, tal vez usted no desee que los avisos de citas o la factura lleguen a su domicilio donde pueda verlos un miembro de su familia.

Es posible que no le preguntemos el motivo de su solicitud. Concederemos todas las solicitudes razonables.

Si hace una solicitud especial, debe proporcionarnos un domicilio alternativo u otro método para comunicarnos con usted (número de teléfono, dirección de correo electrónico, etc.). Indique el modo en que desea que nos comuniquemos con usted:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

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

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(representante legal)

Para obtener más información acerca de sus derechos de confidencialidad, lea "Notice of Privacy Practices" disponible en nuestra sede en la red en [insert web address] o en el [insert department name] del [insert hospital name] o puede enviarnos una solicitud por escrito a [insert address].

Si usted considera que se han transgredido sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja en el hospital o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja en el hospital, debe comunicarse con [insert the name, title, and phone number of the contact person or office responsible for handling complaints]. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

*No se le aplicarán sanciones por presentar una queja.*

(sobre)

Solicitud APROBADA

Solicitud NEGADA

Por: \_\_\_\_\_

*Firma*

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Razón de negativa:

- Es poco práctico aceptar esta solicitud.
- Usted no proporcionó información acerca de cómo se llevará a cabo el pago, en caso de aplicar.
- Usted no especificó una dirección o método alternativo.
- Es demasiado costoso aceptar esta solicitud.

Explicación adicional: \_\_\_\_\_

---