

Solicitud de Método de Comunicación Confidencial o Alternativo

Usted tiene derecho a recibir comunicación confidencial por parte del Atrium Health mediante métodos alternativos o en un lugar alternativo. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solamente en su trabajo o por correspondencia. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Le preguntaremos igualmente cómo va a manejar los pagos y de qué manera desea ser contactado para tratar asuntos de pago.

Para solicitar un método alternativo de comunicación, llene este formulario completamente y entréguelo a la Instalación o Consultorio de Atrium Health donde usted fue tratado. Para encontrar la dirección de la Instalación o Consultorio apropiado, por favor visite <https://atriumhealth.org> y seleccione "Location".

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Solicito que Atrium Health se comunique conmigo (Seleccione uno y complete la información necesaria) a continuación:

Por correo en: _____

(Por favor tome en cuenta que esta es la dirección que Atrium Health utilizará para todas las correspondencias enviadas a usted. Atrium Health es incapaz de administrar más de una dirección de correos por paciente.)

Por teléfono en: _____

Otro: _____

Díganos cómo nos podemos comunicar con usted para asuntos de pago:

Soy consciente que al solicitar este método alternativo de comunicación puede interferir con la capacidad de Atrium Health de comunicarse conmigo en caso de una emergencia.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que, en caso que no me puedan ubicar mediante el método alternativo solicitado, Atrium Health puede utilizar cualquier información de contacto disponible para encontrarme en caso de que (1) Atrium Health determine que hay una emergencia médica o situación similar donde mi salud corre riesgo si no se comunican conmigo inmediatamente; o (2) si no he proporcionado información adecuada de cómo se harán los pagos.

Firma del paciente o representante: _____ **Fecha:** _____
(Signature of Patient or Representative) (Date)

Si firma como un representante autorizado, describa su autoridad para actuar en nombre del paciente, y entregue documentación donde muestra dicha autoridad, según sea apropiado: _____

For Atrium Health Use Only

Solo para uso de Atrium Health

Alternative communication method has been: Accepted Denied

Signature(s): _____ Date: _____

Print Name & Title: _____

Comments: _____

Original: File or Scan in medical record.



Patient Label