

Solicitud de métodos de comunicación confidenciales o alternativos

Tiene derecho a recibir las comunicaciones confidenciales de Atrium Health de una forma o lugar diferente. Por ejemplo, puede solicitar que solo le contactemos en su trabajo o por correo. Honraremos las peticiones razonables. También le preguntaremos cómo se gestionará el pago y cómo desea que nos pongamos en contacto con usted para aclarar los asuntos relacionados con el pago.

Si desea solicitar un método de comunicación alternativo, rellene este formulario y envíelo al centro o clínica de salud de Atrium donde fue tratado. Para encontrar la dirección del centro o clínica adecuada, por favor, visite www.AtriumHealth.org y seleccione "Ubicación".

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Solicito que Atrium Health se comunique conmigo de la siguiente manera:
(Selecciona uno y completa la información pertinente)

Por correo al: _____

(Por favor nota que esta es la dirección que Atrium Health usará para envíos. Atrium Health no puede administrar más de una dirección postal para un paciente).

Por teléfono al: _____

Otra: _____

Díganos como contactarle para el pago: _____

Entiendo que pedir este método alternativo de comunicación podría interferir con la habilidad de Atrium Health para contactarme en caso de emergencia médica.

Comprendo y acepto que, si no puedo ser localizado por el método alternativo solicitado, Atrium Health podrá usar cualquier información de contacto disponible para localizarme en caso de que (1) Atrium Health considere que existe una emergencia médica o una situación similar en la que peligre mi salud si no me contactan inmediatamente; o (2) si no he proporcionado información adecuada sobre cómo se harán los pagos.

Firma del paciente o representante: _____ Fecha: _____

Si firma como representante autorizado, explique su autoridad para representar al paciente y presente documentación que demuestre dicha autoridad, según corresponda:

Solo para uso de Atrium Health

Método de comunicación alternativo ha sido: ____ Aceptado ____ Negado

Firma(s): _____ Nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____

Observaciones: _____

Original: Archivar o escanear en la historia clínica.
Código de barras

