

Solicitud de comunicación confidencial

PARA: Privacy Officer, America’s Best Vision Plan
1202 Monte Vista Avenue, Suite 17, Upland, CA 91786

DE: _____
Su nombre

_____ Su fecha de nacimiento _____ Su número de miembro

Me comunico con usted para solicitar que toda la información médica relacionada con los servicios sensibles que recibo coordinados por America’s Best Vision Plan, incluido dónde y cuándo recibo atención médica, se envíe directamente a mí y no a mis familiares. (Los “servicios sensibles” incluyen atención de salud sexual y reproductiva, salud mental, asesoramiento y atención a víctimas de violencia sexual, y tratamiento por el consumo de alcohol y drogas).

Solicito que las comunicaciones que contengan el tipo de información mencionada arriba se me envíen, según la disponibilidad, de la siguiente manera:

Marque la(s) forma(s) que sea(n) segura(s) para que usted reciba información.

- Correo electrónico a la siguiente dirección: _____
- Mensaje a través de mi portal en línea para pacientes de ABVP: _____
- Mensaje de texto al siguiente número de teléfono: _____
- Correo postal de los EE. UU. a la dirección que figura a continuación _____
- Otro (describa): _____

¡IMPORTANTE! DEBEN completarse las siguientes dos secciones:

1. Si no se puede enviar una comunicación en el(los) formato(s) seleccionado(s) anteriormente y/o prefiero recibir información por correo postal de los EE. UU., utilizar la siguiente dirección:

2. ¿Hay un número de teléfono o correo electrónico que podamos usar para comunicarnos con usted si tenemos preguntas con respecto a esta solicitud?

Esta solicitud es válida hasta que presente una revocación o una nueva solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____