

## Solicitud de Método de Comunicación Confidencial o Alternativo

Usted tiene derecho a recibir comunicación confidencial por parte del Carolinas HealthCare System (CHS, por sus siglas en inglés) 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 CHS donde usted fue tratado. Para encontrar la dirección de la Instalación o Consultorio apropiado, por favor visite [www.carolinashealthcare.org](http://www.carolinashealthcare.org) y seleccione "Location".

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Solicito que Carolinas HealthCare System 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 CHS utilizará para todas las correspondencias enviadas a usted. CHS 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 CHS 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, CHS puede utilizar cualquier información de contacto disponible para encontrarme en caso de que (1) CHS 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 Carolinas HealthCare System Use Only**

*Solo para uso de Carolinas HealthCare System*

Alternative communication method has been: \_\_\_\_ Accepted \_\_\_\_ Denied

Signature(s): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name & Title: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Original: File or Scan in medical record.



Carolinas HealthCare System

