

**Solicitud de comunicaciones confidenciales de información médica protegida (PHI)  
Request for Confidential Communications of Protected Health Information (PHI)**

Las comunicaciones confidenciales dan a los pacientes la posibilidad de pedir que se use una dirección postal, un teléfono o una dirección de correo electrónico diferentes para la comunicación. Completando este formulario, usted pide que su información médica protegida, incluyendo la información clínica (*por ejemplo*, resultados de pruebas, instrucciones para el paciente), información de facturación y otras comunicaciones del centro (*por ejemplo*, encuestas a pacientes), se le comunique por medio de la dirección postal alternativa, el teléfono o el correo electrónico abajo.

Yale New Haven Health (YNHH) o Yale Medicine (YM) (colectivamente, "nosotros" o "nuestro") no estamos obligados a aceptar esta solicitud y solo se aceptarán solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales. Si se acepta, la información de contacto confidencial estará disponible para todos los clínicos tratantes que usen el sistema de expediente médico de Epic. Será responsabilidad del paciente hacer una solicitud similar con otras organizaciones externas.

Si se acepta la solicitud, entiendo que esta solicitud de comunicaciones confidenciales se aplicará a todas las comunicaciones futuras, a menos que pida un cambio en esta información.

<b>Nombre del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):</b>	
<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):</b>	<b>Fecha de la solicitud:</b>

**Comunicaciones alternativas solicitadas (NOTA: solo se aceptarán direcciones y teléfonos de EE. UU.)**

Dirección postal alternativa: \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad/pueblo Estado Código postal

**Nota:** si el correo a la dirección postal de correo alternativa se devuelve como imposible de entregar, nos reservamos el derecho de cancelar el uso de esta dirección de correo alternativa y pedir que se dé una nueva dirección.

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico alternativo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o del representante autorizado\*\***

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*Si no es paciente, indique la relación:*

\_\_\_\_\_  
**\*\*Debe entregar prueba de autoridad legal (excepto los padres de un menor)**

**Complete y envíe una copia de este formulario a [PatientIdentity@ynhh.org](mailto:PatientIdentity@ynhh.org)**



YHS000511

**Servicios de interpretación (si es necesario):** un intérprete facilitó la comunicación entre los proveedores de atención médica y el paciente o representante autorizado del paciente en \_\_\_\_\_ (idioma) para ayudar a obtener el consentimiento informado o compartir/aceptar la información.

El intérprete transmitió el contenido de la información original expresada por y para ambas partes.

Hora: \_\_\_\_\_ a. m./p. m. Fecha: \_\_\_\_\_

**Marque aquí si respondió:**  Por teléfono  Por video  Presencial  Personal aprobado del Programa de Competencias Bilingües

**Número de identificación** (solo si fue por teléfono/video): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del intérprete en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete (solo si fue de manera presencial)