



Solicitud de comunicaciones alternativas

Use este formulario para solicitar recibir comunicaciones de información médica protegida (PHI) por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

Instrucciones para completar este formulario de comunicaciones alternativas

Parte 1: Información del miembro. Esta sección debe indicar el nombre del miembro de Jefferson Health Plans Medicare cuya PHI se solicita. Escriba en letra imprenta el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección y el número de teléfono del miembro, y el número de identificación de miembro.

Parte 2: Medios alternativos de comunicación. Este formulario es utilizado por una persona que desea que Jefferson Health Plans Medicare se comunique con él/ella utilizando un medio alternativo debido al riesgo de poner en peligro su seguridad. Jefferson Health Plans Medicare intentará satisfacer las solicitudes razonables si se le proporciona un medio o lugar alternativo razonable para comunicarse. Este formulario no debe utilizarse para cambios permanentes de dirección.

Parte 3: Revisión y aprobación. Se requiere la firma del *miembro*. Si el miembro es incapaz de firmar, un representante personal puede firmar en nombre del miembro. Se confirmará a los padres o tutores de menores de edad utilizando la información del estado. Un representante personal, como un albacea o alguien con un poder notarial, puede firmar con su nombre en lugar del miembro. Los documentos legales que demuestren la autoridad del representante personal para actuar en nombre del miembro **DEBEN** adjuntarse o archiversse en Jefferson Health Plans Medicare; de lo contrario, la firma del representante personal no será válida y este formulario **NO** se procesará.

Complete TODAS las secciones. Si la información de este formulario no está completa, Jefferson Health Plans Medicare devolverá el formulario y no considerará esta solicitud hasta que se complete en su totalidad.

Información de contacto

ENVÍE SU(S) FORMULARIO(S) A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono de Servicio de atención al miembro que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o escriba a:

Jefferson Health Plans
Privacy Services
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
o por fax: 267-515-6666



Solicitud de comunicaciones alternativas
Todos los campos son obligatorios.

Parte 1: Escriba en LETRA DE IMPRENTA la información que se solicita a continuación.

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:

N.º de identificación del miembro:

PARTE 2: Solicitud de comunicación alternativa

Describa la información médica protegida que le gustaría que se sometiera a una comunicación alternativa.

Solicito que Jefferson Health Plans Medicare se comunique conmigo sobre mi información médica protegida a través de los siguientes medios alternativos. Proporcione información completa sobre los medios alternativos que desea que Jefferson Health Plans Medicare use.

Solicito que se comunique conmigo sobre mi información médica protegida en la siguiente ubicación alternativa. Proporcione información completa sobre la ubicación alternativa.



Solicitud de comunicaciones alternativas
Todos los campos son obligatorios.

PARTE 3: Firma

Este formulario es utilizado por una persona que desea que Jefferson Health Plans Medicare se comunique con él/ella utilizando un medio alternativo debido al **riesgo de poner en peligro su seguridad**. Su solicitud de comunicación por medios alternativos se aplica únicamente a la información **que mantiene Jefferson Health Plans Medicare**. Si desea un medio alternativo de comunicación de cualquier otra entidad, debe comunicarse con esa entidad. **Tiene 30 días hábiles para devolver esta solicitud a Jefferson Health Plans Medicare. En caso de que no se reciba este formulario, la información anterior se utilizará para TODA la comunicación de Jefferson Health Plans Medicare. La rescisión de esta solicitud debe presentarse por escrito, a menos que se indique a continuación.**

Toda la comunicación de Jefferson Health Plans Medicare se proporcionará según lo indicado.

He leído y comprendo la información anterior:

Nombre del miembro o representante personal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si usted es un representante personal, indique su relación con el miembro: _____

Tenga en cuenta que, si aún no se ha proporcionado, requeriremos la verificación de la autoridad de un representante personal, como una copia de un poder notarial para atención médica, general o duradero, antes de que esta solicitud se considere completa. Si el padre, la madre o el tutor realizan esta solicitud, complete lo siguiente: El miembro/participante es menor de _____ años de edad. Si presenta esta solicitud en nombre de un hijo menor de edad, es posible que necesitemos información adicional, como una orden judicial u otra documentación que demuestre la custodia u otro documento legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro antes de que esta solicitud se considere completa.