

Form para sa Paghiling ng Kumpidensyal na Komunikasyon

Salamat sa pagpili sa Alameda Alliance for Health (Alliance). Kami ang kaagapay mo sa kalusugan. Bilang miyembro ng Alliance, may karapatan kang piliin kung paano ibabahagi ang iyong pinoprotektahang impormasyon sa kalusugan (protected health information, PHI). Puwede mong hilingin na makipag-ugnayan kami sa iyo sa pamamagitan lang ng koreo, email (secure na ipapadala ang mga email), o telepono.

Para humiling ng (mga) kumpidensyal (na pribado) na medikal na komunikasyon, dapat mong ipadala ang form na ito sa:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Member Services Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
Fax: **1.877.747.4504**
Email: **memberservices@alamedaalliance.org**

SEKSYON 1: IMPORMASYON NG MIYEMBRO

Apelyido: _____ Pangalan: _____
Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY): _____
Numero ng ID ng Miyembro ng Alliance: _____
Address: _____
Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____
Numero ng Telepono: _____ Tirahan Cell

SEKSYON 2: PAANO MAKATANGGAP NG KUMPIDENSYAL NA KOMUNIKASYON

Hinihiling ko na ipadala sa akin ang mga komunikasyon, na may kumpidensyal (na) pribado) na impormasyon, sa pamamagitan ng (piliin ang lahat ng naaangkop):

Koreo sa address na ito:

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Email sa: _____

Pagtawag sa: _____ Tirahan Cell

SEKSYON 3: LAGDA

Sa paglagda sa ibaba, kinukumpirma kong totoo at tama ang impormasyong nasa itaas. Gusto ko ang pagbabagong ito sa komunikasyon hanggang sa kanselahin ko ito o magsumite ako ng bagong Form para sa Paghiling ng Kumpidensyal na Komunikasyon.

Kung lumalagda ka para sa miyembro, ilarawan ang kaugnayan mo sa kanya sa ibaba. Kung ikaw ang personal na kinatawan ng miyembro, magpadala sa amin ng mga kopya ng mga form na iyon (gaya ng power of attorney o kautusan sa guardianship).

Lagda: _____ Petsa: _____

Kaugnayan kung lumalagda para sa miyembro: _____