



SOLICITUD DE LAS COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Información del suscriptor (Escriba con letra de imprenta)

Esta sección se debe llenar con la información específica de la persona. Se debe indicar un número o dirección de contacto en caso de que sea necesario obtener información adicional o aclaraciones.

Fecha: _____ ID del suscriptor: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Dirección electrónica (Email): _____

Usted tiene el derecho de solicitar que Davis Vision comunique toda o parte de su información médica protegida por medios alternos o en un lugar alternativo para evitar ponerle en peligro. Procuraremos satisfacer su solicitud si: (a) es razonable, (b) usted indica claramente que si su información médica protegida no se comunica por medios alternos o en un lugar alternativo, podría ponerle en peligro y, (c) suministra medios o lugares alternos razonables para recibir comunicaciones. Nosotros no investigaremos la validez de su reclamación de que la falta de comunicarlos con usted por medios o en lugares alternos podría ponerle en peligro. Para ejercer este derecho, tenga la bondad de llenar este formulario, firmarlo y presentarlo a:

Davis Vision – Privacy Office
P.O. Box 1416
Latham, New York 12110-1416
Fax: 1-866-999-4640

Si tiene alguna pregunta, necesita información adicional o ayuda para llenar su solicitud, tenga la bondad de contactar la Oficina a cargo de privacidad (Privacy Office) de Davis Vision al 1-800-571-3366 o a la dirección que se ha indicado anteriormente.

Tenga la bondad de explicar la razón por la que solicita que su comunicación confidencial acerca de su información médica protegida se realice por medios alternos o en un lugar alternativo:

Tenga la bondad de describir la información médica protegida que desea tratar como comunicación confidencial:

Solicito que me comuniquen la información médica protegida mediante los siguientes medios alternos. Tenga la bondad de suministrar información completa sobre los medios alternos que desea que utilicemos:

Solicito que se me comunique la información médica protegida en el lugar alternativo siguiente. Tenga la bondad de suministrar información completa sobre el lugar alternativo:

Firma: _____
(Persona que concede la autorización)

Fecha: _____

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del titular, llene lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____
(Escriba con letra de imprenta)

Descripción de la autoridad del representante personal: _____

TENGA LA BONDAD DE GUARDAR UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD DE LAS COMUNICACIONES CONFIDENCIALES PARA SUS ARCHIVOS