



ԳԱՂՏՆԻ ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅՏԻ ՁԵՎ

Լրացրեք այս ձևը՝ այլընտրանքային հասցեով կամ այլընտրանքային միջոցներով ստանալու համար բոլոր հաղորդագրությունները, որոնք բացահայտում են բժշկական տեղեկատվություն կամ մատակարարի անունը և հասցեն՝ կապված բժշկական ծառայությունների ստացման հետ:

Ապահովագրված անհատը, որը հայցում է գաղտնի հաղորդակցությունը.

Անուն. _____

Բժշկական գրանցման համարը. _____ Ծննդյան ամսաթիվ. _____

Հասցե. _____

Քաղաք. _____ Նահանգ. _____ Փոստային դասիչ. _____

Էլփոստի հասցե (եթե կիրառելի է). _____

Հեռախոսահամար. _____

Խնդրում ենք բոլոր հետագա հաղորդակցությունները ուղարկել ստորև նշված հասցեով.

Այլընտրանքային հասցե. _____

Քաղաք. _____ Նահանգ. _____ Փոստային դասիչ. _____

Այլընտրանքային էլփոստի հասցե (եթե կիրառելի է). _____

Հեռախոսահամար. _____

Հաղորդակցության այլընտրանքային եղանակ (եթե կիրառելի է). _____

Ինչպե՞ս կցանկանայիք կապվելինք ձեզ հետ, եթե մենք հարցեր ունենանք այս հարցման վերաբերյալ:

Ես հասկանում եմ, որ այս հարցումը ուժի մեջ կմնա այնքան ժամանակ, քանի ես չեմ չեղարկել հարցումը կամ չեմ ներկայացրել նոր հարցում:

Ստորագրություն. _____ Ամսաթիվ. _____

Խնդրում ենք վերադարձնել լրացված և ստորագրված հայտն այստեղ.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. PO Box 939001, San Diego, CA 92193-9001: