



기밀 커뮤니케이션 요청 양식

의료 서비스를 받는 것과 관련된 의료 정보 또는 의료 서비스 제공자 이름 및 주소를 공개하는 모든 커뮤니케이션을 대체 주소 또는 대체 수단으로 수신하려면 이 양식을 작성하십시오.

기밀 커뮤니케이션을 요청하는 보장 대상 개인:

이름: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

이메일 주소(해당하는 경우): \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

향후 모든 커뮤니케이션은 아래 제공된 주소로 보내주십시오.

대체 주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

대체 이메일 주소(해당하는 경우): \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

대체 커뮤니케이션 방법(해당하는 경우): \_\_\_\_\_

당사에서 이 요청에 대한 문의 사항이 있으면 어떻게 연락드리면 됩니까?

본인은 이 요청이 본인이 요청을 철회하거나 새로운 요청을 제출할 때까지 유효하다는 것을 이해합니다.

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

작성하고 서명한 요청을 다음 주소로 보내주십시오.

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