



FORM SA PAGHILING NG KUMPIDENSYAL NA KOMUNIKASYON

Kumpletuhin ang form na ito para matanggap ang lahat ng komunikasyon na nagsasabi ng medikal na impormasyon o pangalan at address ng provider na may kaugnayan sa pagtanggap ng mga serbisyong pangmedikal sa alternatibong address o sa pamamagitan ng alternatibong paraan.

Sakop na indibiduwal na humihiling ng kumpidensyal na komunikasyon:

Pangalan: _____

Numero ng Medikal na Rekord: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Email Address (kung naaangkop): _____

Numero ng Telepono: _____

Mangyaring ipadala ang lahat ng komunikasyon sa hinaharap sa address na ibinigay sa ibaba:

Alternatibong Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Alternatibong Email Address (kung naaangkop): _____

Numero ng Telepono: _____

Alternatibong paraan ng komunikasyon (kung naaangkop):

Paano mo gustong makontak kung mayroon kaming mga tanong tungkol sa kahilingan na ito?

Nauunawaan ko na mananatiling may bisa ang kahilingan na ito hanggang sa ipawalang-bisa ko ang kahilingan o magsumite ng bagong kahilingan.

Pirma _____

Petsa: _____

Pakibalik ang nakumpleto at pinirmahang kahilingan sa:

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