



FORM PARA HILINGING IPAWALANG-BISA ANG KUMPIDENSYAL NA KOMUNIKASYON

Kumpletuhin ang form na ito para itigil ang paghahatid ng kumpidensyal na mga komunikasyon sa alternatibong address para sa sulat, numero ng telepono, o email address na ibinigay dati.

Sakop na indibiduwal na hinihiling na itigil ang kumpidensyal na komunikasyon:

Pangalan: _____

Numero ng Medikal na Rekord: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____

Kasalukuyang Alternatibong Address na nasa file: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Kasalukuyang Alternatibong Email Address na nasa File (kung naaangkop): _____

Numero ng Telepono: _____

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

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Email Address (kung naaangkop): _____

Numero ng Telepono: _____

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

Nauunawaan ko na kahilingan ito upang itigil ang pagpapadala ng kumpidensyal na komunikasyon sa aking alternatibong address.

Pirma: _____ Petsa: _____

Pakibalik ang nakumpleto at pinirmahang kahilingan sa:

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