



Solicitud de comunicaciones confidenciales de información de salud protegida

Descripción: Este formulario se utiliza para solicitar la entrega de comunicaciones sobre información de salud protegida a un lugar alternativo o a través de medios alternativos.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 le otorga el derecho de solicitar que el Condado de Travis comunique su información médica protegida a una ubicación alternativa y por un medio alternativo (por ejemplo, por correo electrónico, fax o mensaje de texto).

Para que el Condado de Travis pueda satisfacer su solicitud, debe completar y enviar el formulario a:

HIPAA Compliance and Privacy Office
700 Lavaca, Ste. 400
Austin, TX 78701

También puede enviar un formulario escaneado por correo electrónico a:

privacy@traviscountytexas.gov.

Por favor, no utilice este formulario si sólo desea alertar al Condado de Travis de un cambio de dirección.

Parte I: Información del solicitante

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección registrada: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono registrado: _____ Email dirección registrada: _____

Si está solicitando comunicaciones confidenciales en nombre de otra persona, proporcione el nombre y la dirección de la persona en cuyo nombre está solicitando y describa y proporcione pruebas* de su relación legal con el individuo. Las relaciones legales reconocidas incluyen: padre de un hijo menor, tutor legal, poder notarial o albacea.

Nombre: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Relación con el individuo: _____

**El Condado de Travis aceptará documentación como un poder notarial u orden judicial. También debe proporcionar una identificación con foto válida emitida por el gobierno.*

Parte II: Solicitud

1. Solicito que el Condado de Travis solo se comunique conmigo con respecto a mi información médica protegida utilizando los siguientes métodos:
 - Correo electrónico** (si se selecciona, proporcione su dirección de correo electrónico aquí):

 - Fax** (Si es seleccionado, proporcione su número de fax aquí):

 - Mensaje de texto** (Si se selecciona, proporcione su número de teléfono celular aquí):

 - Correo** (Si se selecciona, proporcione la dirección alternativa aquí):

 - Teléfono** (Si se selecciona, proporcione el número de teléfono alternativo aquí):

 - Otros** (Los métodos posibles incluyen mensajería o entrega urgente durante la noche):

2. Si marcó más de una casilla arriba, indique qué método prefiere que use el Condado de Travis cuando se comunique con usted. Por ejemplo, si revisó tanto el correo electrónico como el fax, ¿qué método debe usar primero el Condado de Travis?
Mi opción preferida o primera es:

3. En el caso de que no se le pueda enviar una comunicación utilizando su método preferido, ¿cómo debe comunicarse el Condado de Travis con usted?

4. El Condado de Travis debe notificarle de su aprobación o denegación de su solicitud. Proporcione la dirección postal o de fax que el Condado de Travis puede comunicarse con usted con respecto a su solicitud.

5. En el espacio a continuación, infórmenos si está solicitando comunicaciones alternativas porque la ubicación o el método por el cual el Condado de Travis divulga actualmente su información de salud protegida podría ponerlo en peligro.

6. Los costos asociados con ciertas solicitudes pueden transferirse al solicitante (es decir, a usted). En su caso, dichos gastos serán pagados por mí, por adelantado, por la siguiente vía:
- Efectivo
 - Comprobar
 - Tarjeta de débito/crédito
 - Otro: _____

Parte III: Reconocimiento

Al firmar este formulario, estoy confirmando mi solicitud de comunicaciones alternativas de mi información de salud protegida a la ubicación y de la manera descrita anteriormente. **Entiendo que esta solicitud se aplica solo a las comunicaciones sobre la persona nombrada en este documento y que esta solicitud permanecerá vigente hasta que se notifique al Condado de Travis que desea modificarla o terminarla.**

Firma de Solicitante

Fecha

SOLO PARA USO EN LA OFICINA

Fecha de recepción: _____ Título _____	
Verificación de la identidad del solicitante: <input type="checkbox"/> Identificación con foto <input type="checkbox"/> Información de identificación <input type="checkbox"/> Firma coincidente <input type="checkbox"/> Otro: _____	Si la solicitud fue presentada por un Representante Personal, la autoridad del Representante Personal fue verificada por: <input type="checkbox"/> Testamento ejecutado <input type="checkbox"/> Documentación del poder notarial <input type="checkbox"/> Autorización firmada por el individuo <input type="checkbox"/> Otro: _____
Medidas adoptadas: <input type="checkbox"/> Concedido <input type="checkbox"/> Denegado	Si la solicitud fue denegada, el motivo de la denegación fue: _____ _____
Fecha en que se notificó al solicitante: _____	
Nombre y cargo de la persona que notificó al Solicitante: _____	