



Solicitud de comunicaciones confidenciales de la Información médica protegida

Descripción: Este formulario se usa para solicitar el envío de las comunicaciones sobre la información médica protegida a una ubicación alternativa o por otro medio alternativo.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA) de 1996 le otorga el derecho de solicitar que el condado de Travis envíe su información médica protegida a una ubicación alternativa y por otro medio alternativo (por ejemplo, por correo electrónico, fax o mensaje de texto).

Para que el condado de Travis le dé trámite a su solicitud, debe completar y presentar el formulario a:

Privacy Officer
700 Lavaca, Suite 1500
Austin, Texas 78701

También puede enviar por correo electrónico un formulario escaneado a: privacy@traviscountytx.gov

No use este formulario si solo desea alertar al condado de Travis sobre un cambio de dirección.

Parte I: Información del solicitante

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección registrada: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono registrado: _____ Dirección de correo electrónico registrada: _____

Si está solicitando las comunicaciones confidenciales en nombre de alguien más, proporcione el nombre y la dirección de la persona que le encomendó hacer esta solicitud y describa y proporcione una prueba* de su relación legal con la persona. Las relaciones legales conocidas, incluyen: padre del menor, tutor legal, poder notarial o albacea.

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Relación con la persona: _____

**El condado de Travis aceptará, por ejemplo, un poder notarial o una orden judicial. También debe presentar una identificación válida con fotografía expedida por el gobierno.*

Parte II: Solicitud

1. Solicito que el condado de Travis solo me comunique a mí mi información médica protegida, a través del siguiente método:

Correo electrónico (Si elige esta opción, escriba aquí su dirección de correo electrónico) _____

Fax (Si elige esta opción, escriba aquí su número de fax) _____

Mensaje de texto (Si elige esta opción, escriba aquí su número de celular) _____

Correo postal (Si elige esta opción, escriba aquí su dirección alternativa) _____

Teléfono (Si elige esta opción, escriba aquí su número de teléfono alternativo) _____

Otro (Estos métodos pueden ser servicio de mensajería o servicio de entrega al día siguiente): _____

2. Si marcó más de una casilla, indique qué método preferiría que usara el condado de Travis cuando se comunique con usted. Por ejemplo, si marcó las casillas de correo electrónico y número de fax, ¿qué método debería utilizar primero el condado de Travis?

Mi elección preferente o primera elección es: _____

3. En caso que no podamos enviarle una comunicación a su primera elección, ¿cómo debería comunicarse con usted el condado de Travis? _____

4. El condado de Travis debe notificarle sobre la aprobación o denegación de su solicitud. Proporcione la dirección de correo o el número de fax a donde el condado de Travis puede comunicarse con usted para todo lo relacionado con su solicitud.

5. En el espacio de abajo, indíquenos si está solicitando comunicaciones alternativas debido a que la dirección o método por medio del cual el condado de Travis divulga su información médica protegida en la actualidad puede ponerlo en peligro.

6. Es probable que los costos asociados con ciertas solicitudes se le cobren al solicitante (es decir, a usted). Cuando corresponda, dichos costos los pagaré yo, por adelantado, a través del siguiente método:

- En efectivo
- Cheque
- Tarjeta de débito/crédito
- Otro: _____

Parte III: Reconocimiento

Al firmar este formulario, confirmo mi solicitud de comunicaciones alternativas para mi información médica protegida a la ubicación y en la manera descritas arriba. **Comprendo que esta solicitud únicamente aplica a las comunicaciones relacionadas con la persona aquí mencionada y que esta solicitud permanecerá vigente hasta que el condado de Travis reciba la notificación de que usted desea modificarla o terminarla.**

Firma del Solicitante

Fecha (mes/día/año)

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha de recepción: _____ Recibido por: _____ Cargo _____

Verificación de la identidad del Solicitante:

- Documento de identificación con fotografía
- Información de identidad
- Firma comparada
- Otro: _____

Si la solicitud la presentó un Representante personal, la autoridad del Representante personal se verificó por medio de:

- Testamento ejecutado Documentación del poder notarial
- Autorización firmada por la persona
- Otro: _____

Medida que se tomó:

- Concedida Denegada

Si la solicitud se denegó, indique la razón de la denegación:

Fecha en que se notificó al Solicitante: _____

Nombre y cargo de la persona que le notificó esto al Solicitante: _____