Reajustar

SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Utilice este formulario si desea establecer un medio alternativo de comunicación con Horizon NJ Health en caso de que la divulgación de la información de salud protegida (PHI) podría ponerle en peligro.

Lea las instrucciones en la PÁGINA 3 antes de completar este formulario. DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS.
Escriba con letra de molde legible, excepto donde se le solicite firmar.

Brinde la información a continuación, firme en el espacio provisto y envíe el formulario a: Horizon NJ Health, Attn: HIPAA Team, 1700 American Blvd., Pennington, NJ 08534 o por fax a 609-538-1574.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre (☐Suscriptor ☐Dependiente): _____ Fecha de nacimiento:____/_____/ _____
MM DD AAAA

Nombre del suscriptor _____ N.º de identificación del suscriptor_____

Dirección (que figura en los registros): _____

Ciudad:_____Estado:_____Código postal: _____

SECCIÓN B: SOLICITUD O MODIFICACIÓN DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Elija una de las siguientes opciones:

☐ **Solicitud inicial**: Este formulario es una Solicitud de comunicación confidencial inicial. (Complete todo el formulario).

☐ **Modificación de una solicitud anterior:** Este formulario modifica (p. ej., cambia la dirección alternativa) una Solicitud de comunicación confidencial previamente aprobada. (Complete todo el formulario).

¿Le pondrá en peligro el no comunicar su PHI a través de una ubicación alternativa? Si elige "no", llame al número de servicio al cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación para solicitar un cambio de dirección.

☐ SÍ

☐ NO

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE DIRECCIÓN ALTERNATIVA

Yo, _____, solicito la comunicación confidencial de mi información privada por parte de Horizon NJ Health y sus socios comerciales, que se enviará a una ubicación alternativa según lo acordado a continuación. Entiendo que esta solicitud se aplica solamente a las comunicaciones que me envíe Horizon NJ Health.

¿Tiene una dirección alternativa que desea que usemos? Sí No

En caso afirmativo, brinde la dirección a continuación. Si la respuesta es negativa, Horizon NJ Health conservará su correo postal, y usted tendrá que comunicarse con el Privacy Center of Excellence (Centro de Privacidad de Excelencia) para recuperarlo.

Ubicación alternativa:

Dirección: _____

Ciudad:_____Estado:_____Código postal: _____

Contraseña: _____ (Debe tener de 4 a 10 caracteres, letras o números, y debe ser una contraseña que solo usted conozca).

¿Hay otros medios que podamos utilizar para comunicarnos con usted (p. ej., teléfono o correo electrónico) si es necesario?

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico:_____

_____

SECCIÓN D: FIRMA

Solicito que Horizon NJ Health divulgue mi PHI como se especifica en la Sección C anterior. Entiendo que Horizon NJ Health no tiene la obligación de aceptar mi solicitud. Entiendo que recibiré una determinación por escrito sobre mi solicitud. Entiendo que si firmo en nombre de un menor de edad, esta solicitud vencerá cuando el menor en cuestión cumpla los 18 años, a menos que se presenten pruebas de una tutela legal.

_____ Fecha: _____/_____/_____

Firma del ☐ Miembro O ☐ Representante personal* MM DD AAAA

_____

Nombre en letra de molde

* Marque una opción. Si el solicitante no es el miembro, el solicitante debe firmar el formulario y adjuntar la documentación que muestre que tiene la autorización para actuar en nombre del miembro, a menos que el solicitante ya sea un representante personal establecido con autoridad total.

Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

INSTRUCCIONES

SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Instrucciones generales: Se debe completar este formulario cuando un miembro desee establecer un medio de comunicación alternativo con Horizon NJ Health. Tiene derecho a solicitar una ubicación alternativa si la divulgación de su información de salud protegida pudiera ponerle en peligro. Utilice este formulario para iniciar una solicitud de esta índole. ESTE FORMULARIO NO SE DEBE UTILIZAR PARA CAMBIAR UNA DIRECCIÓN QUE FIGURA EN LOS REGISTROS.

Aceptaremos su solicitud si se cumplen todos los criterios siguientes:

1.) Su solicitud es razonable.
2.) Declara claramente que, si no cumplimos con su solicitud, podría ponerle en peligro.
3.) Brinda medios o ubicaciones alternativos razonables para comunicarnos con usted.

Sección A: Información del miembro

En esta sección, se solicita información relacionada con el miembro para el que se solicita la comunicación confidencial. En el campo del suscriptor, escriba el nombre del titular de la póliza. El titular de la póliza es la persona que tiene la póliza de seguro con Horizon NJ Health. Dado que esta información se utiliza tanto para fines de identificación como de verificación, los datos incluidos en esta sección deben coincidir con la información más actualizada del miembro/suscriptor en los registros de Horizon NJ Health. Tenga en cuenta que este formulario puede ser rechazado si la información que incluye no coincide con la información de nuestros registros.

Sección B: Solicitud o modificación de comunicación confidencial

El solicitante debe indicar si esta es la primera vez que realiza este tipo de solicitud o si se trata de la modificación de una solicitud que se procesó anteriormente. El solicitante debe indicar que la divulgación de PHI ocasionaría daños o peligros. Horizon NJ Health no investigará la validez de su reclamación con respecto a que la falta de comunicación con usted por medios o ubicaciones alternativos podría ponerle en peligro.

Sección C: Información de contacto alternativa

La información brindada permitirá que Horizon NJ Health cuente con un medio alternativo de comunicación con el miembro. Toda la correspondencia destinada al miembro se dirigirá a la dirección alternativa en el formulario. Si no brinda una dirección o no puede brindarla, el Privacy Center of Excellence de Horizon NJ Health recibirá la correspondencia. El miembro debe comunicarse con el Privacy Center of Excellence para recuperar el correo. Puede comunicarse con el Privacy Center of Excellence por correo a la siguiente dirección: Privacy Center of Excellence PP-16F, Horizon NJ Health, PO Box 420, Newark, NJ 07101-9968.

Se solicita a los miembros que brinden una contraseña para permitir que Horizon NJ Health controle el acceso a su información privada. Se solicitará esta contraseña a la persona que llama durante el proceso de verificación. El miembro puede brindar un número de teléfono o una dirección de correo electrónico para otras comunicaciones iniciadas por parte de Horizon NJ Health.

Sección D: Firma

Firma de la persona que presenta esta solicitud.

_____

Envíe por correo este formulario a la siguiente dirección:

Horizon NJ Health
Attn: HIPAA Team
1700 American Blvd.
Pennington NJ 08534

O envíelo por fax a: (609) 538-1574

HNJH_HIPAA_Team@horizonblue.com