Reajustar

SOLICITUD DE RESCISIÓN DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Instrucciones: Para solicitar la rescisión de comunicaciones confidenciales, brinde los datos a continuación, firme en el espacio provisto y envíe el formulario a: Horizon NJ Health, Attn: HIPAA Team, 1700 American Blvd., Pennington, New Jersey 08534 o por fax al 609-538-1574.

Yo,_____, solicito la rescisión de las comunicaciones confidenciales de mi información privada por parte de Horizon NJ Health y sus socios comerciales, incluida la cancelación de la protección con contraseña que se había establecido para tal fin. Entiendo que esta solicitud solo se aplica a las comunicaciones que me envíe Horizon NJ Health.
También entiendo que esto entrará en pleno vigor después de que Horizon NJ Health reciba y procese esta solicitud por escrito.

Nombre en letra de molde: _____

Firma*: _____ Fecha: ____/ __ / _____

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____/___/__

Nombre del suscriptor: _____ N.º de identificación del suscriptor: : _____

Dirección alternativa que se eliminará: _____

Ciudad: _____ _____ Estado: ___ Código postal: _____

Contraseña que se eliminará: _____ (Si no recuerda la contraseña, deje este espacio en blanco)...

* Solo el miembro o el representante personal que estableció inicialmente las comunicaciones confidenciales pueden rescindir el acuerdo.

Envíe el formulario por correo postal a la siguiente dirección o por fax al 609-538-157

Horizon NJ Health
Attn: HIPAA Team
1700 American Blvd
Pennington, NJ 085

HNJH_HIPAA_Team@horizonblue.com

Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association