

Formulario de Solicitud de Comunicación Confidencial

Completando este formulario, usted solicita que le comuniquemos la totalidad o parte de su Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés) por medios alternos o a un lugar alternativo. Accederemos a su solicitud si es razonable, y proporciona un medio o ubicación alternativo seguro para comunicarnos con usted.

Usted puede someter su solicitud dirigiéndola al **Principal Oficial de Cumplimiento y Privacidad de First Medical Health Plan, Inc.**, al **PO Box 191580, San Juan, PR 00919-1580**, a través del correo electrónico: cumplimiento@firstmedicalpr.com, facsímil 787-300-3913 o entregándola directamente en cualquiera de las Oficinas de Servicio de First Medical Health Plan, Inc.

I. Información del Beneficiario/Suscriptor:	
Nombre:	Segundo Nombre: Apellidos:
Número de Identificación del Plan/Número de Contrato:	Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Autorizo a FMHP a enviar información a mi correo electrónico de forma segura (Cifrada)
II. Especifique Medios Alternos para la Comunicación Confidencial solicitada:	
<input type="checkbox"/> Dirección Postal Alterno: _____ <input type="checkbox"/> Número de teléfono Alterno: _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico Alterno: _____	
III. ¿Podría ponerla/o en peligro el hecho de que comuniquemos su Información Protegida de Salud por los medios alternativos, o a en lugar alternativo, especificados anteriormente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
IV. Entiendo y Acepto lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ First Medical no está obligado por ley a aceptar mi solicitud, pero hará todo lo posible por atender las solicitudes razonables de medios de comunicación alternativos y su derecho de comunicaciones alternas. ▪ Debo notificar a First Medical si deseo modificar esta Solicitud de Comunicación Alternativa. Esta solicitud es válida hasta que presente una revocación o una nueva solicitud. ▪ Este Formulario solo se aplica a las comunicaciones de First Medical y no se aplica a las comunicaciones que pueda recibir de otras entidades y/o sus proveedores. 	
VI. Firma	
Firma de Beneficiario/Suscriptor:	Fecha:
Si usted es un Representante Legal del Beneficiario/Suscriptor, deberá: <ol style="list-style-type: none"> 1. Indicar su nombre completo: _____ 2. Describir su autoridad para actuar por el Beneficiario/Suscriptor (por ejemplo: poder, orden judicial o certificación médica) _____ 3. Proveer una copia del documento legal que lo nombra Representante Legal. Un documento de representación del Seguro Social no es admisible para propósito de este formulario (favor de solicitar asistencia a un Representante de Servicio al Cliente). 	
Firma del Representante Legal: _____	Fecha: _____

Para Uso exclusivo de FMHP Departamento de Cumplimiento-Unidad de Privacidad

Fecha de Recibido:

Solicitud: Aceptada Denegada

Si fue denegada, especificar la(s) razones (Marcar una):

- La solicitud no es razonable de acomodar
- Dirección alternativa o contacto no facilitado
- Otro (Favor de especificar) _____

Firma del Representante de la Unidad de Privacidad

Si necesita información adicional, comuníquese con la Unidad de Privacidad de First Medical Health Plan, Inc., al 787-474-3999, extensión 2108/2583. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

El Departamento de Servicio al Cliente ofrece servicios de intérprete de idiomas y lenguaje de señas libre de costo. Esto incluye, servicio de formatos alternos tales como: Braille, letra agrandada y traducción a otros idiomas, verbal o escrito, entre otros. Si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece al dorso de su tarjeta del plan.

The Customer Service Department offers free language interpreter services and Sign Language. This includes services in alternate formats such as Braille, large print, and translation to other languages, verbally or written, amongst others. If you need plan information in another format or language, please contact our Customer Service Department at the number on the back of your plan card.

First Medical cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. **First Medical** complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

First Medical 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。