

IMPERIAL COUNTY  
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES  
202 N. EIGHTH STREET  
EL CENTRO, CA 92243

SOLICITUD PARA RECIBIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES POR  
MEDIOS O DOMICILIOS ALTERNOS

El completar esta forma le da la oportunidad de solicitar comunicación de información médica protegida de Salud Mental del Condado de Imperial por medios o domicilios alternos. Para que el Departamento de Salud Mental del Condado de Imperial responda rápidamente su solicitud, por favor complete esta forma en su totalidad.

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Fecha:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	Ciudad/Código Postal:	Teléfono:

NOTIFICACIÓN

Usted puede solicitar recibir comunicación confidencial de su información médica protegida a través de medios o domicilios alternos. Por ejemplo, si usted no quiere que sus avisos de citas o su estado de cuenta lleguen a su hogar donde un miembro de su familia pueda verlos. Complaceremos todas las solicitudes razonables. Por favor especifique abajo cómo o dónde desea ser contactado.

SOLICITUD PARA MEDIOS O DOMICILIOS ALTERNOS

Domicilio:	Ciudad/Código Postal:
Número Telefónico:	Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Protejido <input type="checkbox"/> No Protejido

\* Si usted está solicitando al Departamento de Salud Mental del Condado de Imperial (ICBHS) que le envíe información de Salud Protejida (PHI) por medio de correos electrónicos **no protegidos**, favor de tomar en cuenta que los correos electrónicos electrónicos **no protegidos** No es una forma segura de comunicarse. Hay un riesgo de que parte de la información de Salud Protejida (PHI) u otra información confidencial que pueda contener dicho correo electrónico pueda ser desviada, divulgada o interceptada por una tercera persona no autorizada. Al firmar este formato, usted da el consentimiento y acepta el riesgo de transmitir Información de Salud Protejida u otra información confidencial por medio de correo electrónico **no protegido**.

INFORMACIÓN DE PAGO

Su solicitud para comunicación alterna puede afectar nuestro proceso normal de envío de cobros a la dirección de casa. Por favor especifique un método alterno de pago.

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Código Postal: \_\_\_\_\_

FIRMA

Firma del cliente o representante: \_\_\_\_\_  
Si firma el representante, indique la relación: \_\_\_\_\_

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

Para más información acerca de sus derechos de privacidad, lea la "Notificación de Prácticas de Privacidad" disponibles en todas nuestras oficinas y salas de espera. Usted también puede obtener una copia en nuestro sitio web (<https://bhs.imperialcounty.org/>) bajo nuestra página de recursos, o llamando al 1-800-817-5292 y solicitar que se le envíe una copia por correo.

Si usted considera que se han transgredido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a Salud Menal del Condado de Imperial o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas de privacidad deben ser sometidas por escrito. No abrirá represalias en contra de usted por presentar una queja.

La queja de privacidad debe ser dirigida a:

ICBHS Privacy Officer  
202 N. Eighth Street  
El Centro, CA 92243  
Phone: (442) 265-1560  
Fax: (442) 265-1583