

## **Instrucciones para completar el Formulario de solicitud de comunicaciones confidenciales de Highmark Health Options**

Los miembros tienen derecho de solicitar que nos comuniquemos con ellos de una manera específica, por ejemplo, llamando a un teléfono residencial o en otra dirección.

### **Sección A: Información sobre el miembro**

1. Escriba el nombre y el apellido del miembro que solicita la comunicación confidencial.
2. Escriba el número de identificación del miembro.
3. Escriba la dirección del miembro.
4. Escriba la fecha de nacimiento del miembro.
5. Escriba el número de teléfono del miembro.

### **Sección B: Información sobre comunicaciones confidenciales**

1. Marque la casilla correspondiente si solicita que Highmark Health Options:
  - a. Utilice otro número de teléfono;
  - b. Utilice una dirección de correo diferente; u
  - c. Otro (trate de ser lo más específico posible).
2. Escriba el otro número de teléfono o la otra dirección a la que solicita que se envíe la información médica confidencial.
3. Escriba el motivo por el que solicita una comunicación confidencial.

### **Sección C: Firma**

1. Este formulario debe ser firmado y fechado por el miembro cuya información debe divulgarse.
2. Si el miembro no puede firmar este formulario, el formulario podrá ser firmado y fechado por un representante personal con autoridad legal registrado en Highmark Health Options.

### **Sección D: Representantes personales**

Si completa este formulario en nombre de un miembro de Highmark Health Options, tenga a bien indicar la autoridad legal que le otorga derecho (p. ej.: formulario de representante legal, poder notarial para atención médica, custodia legal, etc.) en esta sección.

Si aún no lo ha hecho, deberá completar un Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información y enviarlo a Highmark Health Options. Si el formulario no estuviera registrado al momento de recibir este formulario, la solicitud será denegada. El formulario se puede obtener y devolver de la misma manera que el Formulario de solicitud de comunicaciones confidenciales.





## Formulario de solicitud de comunicaciones confidenciales

### Sección A: Información sobre el miembro (en letra de imprenta)

Nombre del miembro:

Núm. de ID de miembro:

Dirección:

Fecha de nac.:

Teléfono:

### Sección B: Solicitud de comunicaciones confidenciales

A fin de cumplir con las Normas de Privacidad de la HIPAA, le ofrecemos este formulario para que pueda solicitar otro método de comunicación respecto de su información médica confidencial (dirección de correo, teléfono, etc.) de manera segura y confidencial. Su solicitud será revisada por el Oficial de Privacidad de Highmark Health Options para su aprobación o denegación. Le informaremos sobre nuestra decisión.

- Además, deseo que Highmark Health Options utilice un número de teléfono alternativo al contactarme.
- Además, deseo que Highmark Health Options utilice una dirección de correo alternativa al contactarme.
- Otro (trate de ser lo más específico posible en el cuadro a continuación).

Número de teléfono alternativo:

Dirección de correo alternativa:

Otro:

---

---

---

Explique por qué solicita comunicaciones confidenciales por otros medios o a otra ubicación:

---

---

---

Entiendo que Highmark Health Options aceptará solicitudes de comunicaciones confidenciales razonables. Entiendo que una vez que Highmark Health Options reciba y apruebe mi solicitud, procesará toda mi información médica confidencial de acuerdo a esta.

Entiendo que si cancelo mi solicitud para recibir comunicaciones confidenciales, la restricción se eliminará de toda mi información médica confidencial en poder de Highmark Health Options, incluso de la información médica confidencial que previamente estaba protegida.

Entiendo que tengo derecho de revocar esta solicitud en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la dirección que se indica más abajo.

Privacy Department  
Highmark Health Options  
PO Box 890419  
Camp Hill, PA 17089

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si este formulario es firmado por una persona en nombre del miembro que se indica en la parte superior de este formulario, adjunte el documento (es decir, poder legal general) que verifique la autoridad del firmante para actuar en nombre del miembro.

**Sección D: Si usted es un representante personal que completa el formulario en nombre de un miembro de Highmark Health Options, escriba a continuación la relación y la razón legal que le otorga este derecho (es decir, poder notarial, tutela, etc.). Si no lo ha hecho, deberá completar un Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información y enviarlo a Highmark Health Options. Podrá obtener el formulario y devolverlo de la misma manera que el Formulario de solicitud para recibir comunicaciones confidenciales.**

Si no es miembro, escriba su nombre:

Relación con el miembro:

Figura jurídica registrada:

Número de teléfono:

Dirección:

**Discrimination Is Against the Law**

Highmark Health Options complies with applicable Federal civil rights laws and regulations and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, health status, sex, sexual orientation or gender identity. Highmark Health Options does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, health status, sex, sexual orientation or gender identity.

You can file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Help in Your Language**

Highmark Health Options provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters.
  - Written information in other formats (large print, Braille, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters.
  - Information written in other languages.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

Si w pale kreyòl ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou do kat idantifikasyon w lan (TTY: 711).

注意：如果您讲中文，可以免费为您提供语言协助服务。拨打您的卡背面的号码（听障人士专用号码：(TTY: 711)）。

注：英語を話す場合は、無料の言語支援サービスを利用できます。あなたのIDカードの裏面（：711 TTY）の番号を呼び出します。

ध्यान आपशी: जो तमे गुजराती बोलता होव तो, तमारा माटे भाषा सहायता सेवाओ मुक्तमा उपलब्ध छे. तमारा आइडी कार्ड-नी पाछल आपेवा नंबर पर फोन करे (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique vous sont offerts gratuitement. Veuillez appeler le numéro qui se trouve au verso de votre carte d'identification (TTY : 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 카드 뒷면의 번호로 전화하십시오 (TTY: 711).

ATTENZIONE: Se parla italiano, per Lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero presente sul retro della Sua carta di identificazione (TTY: 711).

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, luôn có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số điện thoại trên mặt sau của thẻ nhận dạng của quý vị (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlose Unterstützung in Ihrer Sprache zur Verfügung. Wählen Sie hierfür bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Ausweiskarte (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may maaari kang kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tawagan ang numero sa likod ng iyong card (TTY: 711).

कृपया ध्यान दे: यदि आप ह्रिन्दी बोलते है, तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए नशिल्क उपलब्ध है। अपने पहचान कार्ड के पीछे दएि गए नंबर पर कॉल करे (TTY: 711)।

یہی لے کے پآ، ہوت یہی یتلوب/تلوب ودرآ پآ رگا: یدہ جوت ڈراک یڈی یآ یزپا یہی ہایتسد تفم تامدخ یک تناعا یک نابز (711-یئو یٹ یٹ) ییرک لاک ییہی رپ روربمن جرد ےچچ پ کے

دعاسمل تامدخ ناف، ےبرعلا غللا شدحت تنك اذا: ےبن ت فاطم رمظ یلع نودملا مقرلا یلع لصتا. ناملاب لكل عحاتم ےوغللا (711-یصلنا فتالما) لکتیوہ

గమనక: మరు తులుగు ముట లుడ వారతై, భూష సహాయక సువులు, ఖర ము లకుండా, మరు లభున తున నాయు. ము ఐడ కారు డుకు (TTY: 711) వసుక వైమ ఉన నంబర కు ఫున వయండు.