2170 South Avenue
South Lake Tahoe
CA 96150
530.541.3420 **TEL**
bartonhealth.org
Línea para llamada con servicio de intérprete:
530.539.6135

SOLICITUD DE RESTRICCIÓN ESPECIAL SOBRE LA FORMA O EL MÉTODO DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Fecha (MM/DD/AAAA): _____

Nombre legal del/de la paciente: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Usted puede solicitar recibir comunicaciones confidenciales de Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) por medios alternativos o en direcciones alternativas. Por ejemplo, puede que no desee que los avisos de sus citas o sus facturas se envíen a su domicilio, donde algún familiar pudiera verlos.
No le solicitaremos el motivo de su petición. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Si realiza una solicitud especial, deberá proporcionar una dirección alternativa u otro método para comunicarnos con usted. Por favor especifique cómo o dónde desea que lo/la contactemos:

☐ Dirección postal: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

☐ Número de teléfono: _____ ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

☐ Correo electrónico: _____

Derechos de privacidad

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, consulte el "Aviso de Prácticas de Privacidad", disponible en nuestro sitio web en www.BartonHealth.org, en el Departamento de Gestión de Información de Salud, en el área de Admisiones del Barton Memorial Hospital, o enviando una solicitud por escrito a:
Barton HealthCare System
Atención: Health Information Management – Privacy Notice Request
2170 South Ave., P.O. Box 9578, South Lake Tahoe, CA 96158

Para presentar una queja

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante el hospital o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
Barton HealthCare System
Atención: Privacy Officer
2170 South Ave., P.O. Box 9578, South Lake Tahoe, CA 96158
530.543.5975
Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para mayores informes: www.HHS.gov
Todas las quejas deben presentarse por escrito. **Usted no será sancionado(a) por presentar una queja.**

Firma paciente, tutor/a o parte responsable: _____

Nombre en fecha de molde: _____Relación: _____

Fecha (MM/DD/AAAA): _____ Hora: _____

©Copyright Barton Health 2026[HIM-0002-SP]Request Method of Communications 042025