

**Solicitud de comunicación oficial
de información de salud protegida**

Yo, _____, solicito la comunicación
de _____

por parte de Harris Health System por métodos alternativos o en lugares alternativos. Entiendo que esta solicitud se aplica únicamente a las comunicaciones indicadas más arriba que Harris Health System me envía a mí y, si corresponde, al titular de una póliza de seguro que me cubre como dependiente del titular.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre (en letra de imprenta) _____

Fecha de nacimiento del paciente _____ Expediente médico del paciente n° _____

Indique los métodos y/o direcciones para comunicarnos con usted o enviarle otras comunicaciones por escrito.

Número de teléfono _____

Dirección postal _____

Otra información de contacto _____

Instrucciones adicionales _____

(si es necesario, use hojas adicionales)

NOTA: Esta solicitud permanecerá vigente hasta que usted notifique por escrito a Harris Health System para solicitar un cambio.

**Envíe los formularios con sus datos a: Harris Health System, Attn: Privacy Officer,
4800 Fournace Place, Bellaire, Texas 77401.**