

Clover Health

Solicitud de Comunicaciones Confidenciales

Utilice este formulario para solicitar a Clover Health que utilice información de contacto alternativa, como un número de teléfono, una dirección postal, una dirección de correo electrónico u otro método de contacto, cuando deba comunicarse con usted acerca de su Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI).

Sección 1: Información del Miembro	
Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Número de Teléfono:
N.º de Identificación de Miembro de Clover:	

Sección 2: Información de Contacto Alternativa para su Información de Salud Protegida (PHI)
<p>Seleccione una o más de las siguientes opciones para solicitar un método alternativo de contacto para que Clover Health se comunique con usted acerca de su Información de Salud Protegida (PHI) de manera segura y confidencial:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Deseo que Clover Health utilice el número de teléfono alternativo que aparece a continuación para comunicarse conmigo acerca de mi PHI.<input type="checkbox"/> Deseo que Clover Health utilice la dirección postal alternativa que aparece a continuación para comunicarse conmigo acerca de mi PHI.<input type="checkbox"/> Deseo que Clover Health utilice la siguiente dirección de correo electrónico para comunicarse conmigo acerca de mi PHI.<input type="checkbox"/> Otro método (indique de la manera más específica posible en el cuadro que aparece a continuación).
Número de Teléfono Alternativo:
Dirección Postal Alternativa (incluya la Ciudad, el Estado y el Código Postal):
Dirección de Correo Electrónico:
Otro:
COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.

¿Estará en riesgo usted o su privacidad si no nos comunicamos con usted acerca de su PHI mediante la información de contacto que proporcionó en este formulario?

Sección 3: Firma del Miembro o Representante Autorizado

Al firmar este formulario, entiendo que Clover Health aceptará solicitudes razonables respecto a comunicaciones confidenciales. Entiendo que una vez que se reciba y apruebe la solicitud, Clover Health procesará mi PHI según lo indicado en mi solicitud. También entiendo que puedo cancelar mi solicitud de comunicaciones confidenciales por escrito en cualquier momento.

Marque esta casilla si firma en calidad de representante personal autorizado y proporcione su información a continuación. Adjunte la documentación correspondiente (p. ej., poder notarial, orden judicial). Tenga en cuenta lo siguiente: el Departamento Legal debe validar la documentación antes de aceptar la firma de un representante autorizado.

Nombre en Letra de Imprenta: _____

Relación con el Miembro: _____

Firma:

Fecha:

Envíe el formulario completado a la siguiente dirección: O envíe este formulario por fax al siguiente número:

Clover Health
P.O. Box 21164
Eagan, MN 55121

Attn: Mailroom
1-866-508-0865

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) cada uno con su propio contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato.