



SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Este formulario me permitirá, como miembro de Zing Health, solicitar que las comunicaciones de información médica protegida (PHI) sobre mí se envíen por medios alternativos o a ubicaciones alternativas.

Si la solicitud es para una ubicación alternativa, comprendo que la correspondencia seguirá dirigiéndose a mí, pero se enviará a la dirección que indique abajo. Comprendo que toda la correspondencia para miembros que me envíen se dirigirá a la dirección alternativa, aunque no contenga información confidencial sobre mí. También comprendo que esta solicitud podría ser rechazada si no es posible cumplir con ella de una manera razonable.

Nota: Si se aprueba su solicitud, solo afectará las comunicaciones escritas y orales de Zing Health. Si también desea que otros planes de salud, médicos u otras personas fuera de Zing Health realicen este cambio, debe obtener su acuerdo por separado.

Si necesita asistencia para completar el formulario, comuníquese con el Servicio de atención al cliente llamando al 1-866-946-4458 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1. Información del miembro			
Apellido del miembro:	Nombre del miembro:	Segundo nombre del miembro:	
Fecha de nacimiento:	N.º de Id. del miembro:		
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de teléfono:

SOLICITUD: Solicito recibir las comunicaciones de mi PHI de Zing Health:

Por medios alternativos o a una ubicación diferente (describa e indique la dirección): \_\_\_\_\_

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

- Las comunicaciones que contienen su PHI se enviarán a la dirección proporcionada en este formulario.
- Si se aprueba una dirección alternativa, podría figurar en la correspondencia que Zing Health envía a otras personas, como su proveedor, acerca de usted.
- Si la información de este formulario no está completa, Zing Health le devolverá el formulario y esta solicitud no se evaluará hasta que Zing Health reciba la información completa.
- Si su identificación de miembro o su fecha de nacimiento cambia, se debe enviar un nuevo formulario.
- Puede cambiar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a Zing Health, a la dirección de abajo.

Por favor, complete el reverso.

**Firma**

He leído y entiendo la información anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro o de su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante en letra de imprenta (se corresponde)

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el miembro

SI LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO NO ES EL MIEMBRO QUE ES OBJETO DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA, SE DEBE PROPORCIONAR EVIDENCIA POR ESCRITO DE LA AUTORIDAD DE LA PERSONA QUE FIRMA PARA MODIFICAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA (QUE INCLUYE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA). DICHA EVIDENCIA PUEDE CONSISTIR EN UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL MIEMBRO O UNA DESIGNACIÓN DE UN TRIBUNAL DE JURISDICCIÓN COMPETENTE.

**CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS.**

Envíe el formulario firmado a:

Zing Health  
Privacy Officer  
225 West Washington Street, Suite 450  
Chicago, IL. 60606

**For Office Use Only**

Date Received: \_\_\_\_\_ Process Date: \_\_\_\_\_

Accepted  Denied: \_\_\_\_\_

Date Notified: \_\_\_\_\_ Notified By: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_