|  |  |
| --- | --- |
| **Enviar a:** | |
| **[X]** | **Facturación** |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ou-logo | **Universidad de Oklahoma** |

**Solicitud de Medios Alternativos de Comunicación—Centro de Ciencias de la Salud**

**Request for Alternative Means of Communication—Health Sciences Center**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido: | |  | | | | Nombre: |  | | | Segundo Nombre: | | | |  | |
| Otros Nombres Usados: | | | |  | | Fecha de Nacimiento: | |  | | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | Ciudad: |  | | Estado: | |  | | C.P.: | |  |
| Teléfono Particular: | | | ( ) | | Teléfono Alternativo: | | ( ) | | Teléfono Móvil: | | | ( ) | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

**NOTIFICACIÓN PARA EL PACIENTE:** La solicitud para utilizar medios alternativos de comunicación sólo aplicará a la información utilizada por la Universidad de Oklahoma, entidad mencionada anteriormente. Si desea solicitar medios alternativos de comunicación de cualquier otra entidad de la Universidad, deberá presentar una solicitud por separado ante dicha entidad. **(La presente solicitud sólo aplicará a las comunicaciones realizadas por el Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Oklahoma).**

Mi solicitud de medios alternativos de comunicación aplica a los siguientes proveedores asociados con el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oklahoma (*OU Health Sciences Center*):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Médico u Otro Proveedor** | **Departamento/Clínica** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN SOLICITADOS (Marque la casilla correspondiente y complete los espacios en blanco):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Número de Teléfono Alternativo: | | (       ) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Dirección de Correo Postal Alternativa: | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Otros Medios de Comunicación Alternativos:: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **¿Cómo y a nombre de quién abonará los servicios?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Si usted considera que la divulgación de su información, en forma total o parcial, podría ponerlo en peligro, proporcione una declaración a tal efecto:** \_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Mi Solicitud aplica:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Solo a las comunicaciones realizadas en la siguiente fecha de servicio (indicar fecha):\*\* | | | | | | | | |  | | | | | | | | , o |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | | A las comunicaciones realizadas a partir de la siguiente fecha de servicio (indicar fecha): | | | | | | |  | | | | | | hasta tanto no indique lo contrario, o | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
|  | | A la comunicación desde la siguiente fecha: | | |  | | | | | | | | hasta la siguiente fecha: | | |  | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cargo, en caso de Representante Legal\* | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha | |
|  | |  | | | | | | | | | | \* Se podrá solicitar la documentación que acredite la representación legal. | | | | | | | |

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA:**  **Solicitud APROBADA**  **Solicitud RECHAZADA**

**Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma | | | | Cargo |  | Fecha |
| **Motivo del Rechazo:** |  | Demasiado costoso para dar lugar a la solicitud. | | | | |
|  |  | No es práctico administrativamente llevar a cabo la solicitud. | | | | |
|  |  | El paciente no ha suministrado información relativa a cómo se efectuará el pago, si es aplicable. | | | | |
|  |  | El Paciente no especificó una dirección alternativa o medio alternativo de comunicación. | | | | |
|  |  | Otro |  | | | |
| Explicación Adicional: |  | | | | | |

**La Notificación de las Solicitudes Rechazadas deberá entregarse al paciente durante la visita médica o enviarse a través de los medios alternativos mencionados anteriormente.**

**\*\* En la mayoría de los casos, la modificación de los datos de los medios de comunicación, de ser aprobada, puede demorar hasta 14 días hábiles de la Universidad.**

University of Oklahoma Health Sciences Center, University Privacy Official, P. O. Box 26901, Oklahoma City, OK 73129