



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Llene este formulario para detener la entrega de comunicaciones confidenciales a la dirección postal, el número de teléfono o la dirección de correo electrónico alternativa previamente proporcionada.

Persona con cobertura que solicita que se detenga la comunicación confidencial:

Nombre: _____

Número de historia clínica: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección alternativa actual registrada: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico alternativa actual registrada (si corresponde): _____

Número de teléfono: _____

Envíe todas las comunicaciones futuras a la dirección indicada a continuación:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico (si corresponde): _____

Número de teléfono: _____

¿Cómo le gustaría que se comuniquen con usted en caso de que tengamos preguntas sobre esta solicitud?

Entiendo que esta es una solicitud para detener el envío de comunicaciones confidenciales a mi dirección alternativa.

Firma: _____ Fecha: _____

Favor de devolver la solicitud llena y firmada a:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. PO Box 939001, San Diego, CA 92193-9001.