



COOK COUNTY HEALTH

SOLICITUD DE COMUNICACIONES ALTERNATIVAS

Use este formulario para solicitar a Cook County Health (CCH) que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

Para que CCH pueda responder de manera rápida y precisa a su Solicitud de Comunicaciones Alternativas, complete este formulario en su totalidad.

Apellido			Nombre		Segundo nombre		
Fecha de nacimiento	Mes	Día	Año	Fecha de hoy	Mes	Día	Año
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	
COMUNICACIÓN ALTERNATIVA PROPUESTA Describa detalladamente el medio o la ubicación que propone para recibir comunicaciones de CCH. Por ejemplo, si quiere que nos comuniquemos con usted únicamente en una dirección específica o a un número de teléfono específico.							
DIRECCIÓN ALTERNATIVA U OTRO MEDIO DE CONTACTO Dé una dirección alternativa u otro medio de contacto por el cual quiere que nos comuniquemos con usted.							
Firma de la persona				Fecha			
PARA REPRESENTANTES PERSONALES DE LA PERSONA							
Nombre del representante personal				Relación con la persona			
<i>Por la presente certifico que tengo la autoridad legal conforme a la ley aplicable para hacer esta solicitud en nombre de la persona identificada arriba.</i>							
Firma del representante personal				Fecha			
Devuelva este formulario a la siguiente dirección. O llame a este número si tiene preguntas: 1-877-476-1873				Ashley Huntington, JD, CHC Privacy Officer 1950 W. Polk Street, Suite 9217 Chicago, IL 60612			

Coloque la etiqueta del paciente aquí