



Solicitud de comunicaciones confidenciales

Información sobre el paciente			
Nombre del paciente		Myriad Patient ID #	
Dirección actual		Ciudad	Estado Cód. postal
Número de seguridad social	Número de teléfono ()	Fecha de nacimiento / /	

Usted tiene derecho a solicitar cómo y dónde Myriad Genetic Laboratories, Inc. puede contactarlo en relación con su información médica y de facturación. Haremos lugar a las solicitudes razonables si proporciona un medio o una ubicación alternativos razonables para que nos comuniquemos con usted, y le notificaremos nuestra decisión.

<i>Marque la información que desea modificar:</i>	<i>Nueva información de contacto a usar:</i>
<input type="checkbox"/> Dirección postal	
<input type="checkbox"/> Dirección de facturación/del garante, si difieren	
<input type="checkbox"/> Teléfono	
<input type="checkbox"/> Otro (<i>indique</i>):	
Instrucciones adicionales:	

**Myriad normalmente no emplea correo electrónico ni fax para comunicarse con los pacientes.*

Si aceptamos su solicitud, actualizaremos nuestros sistemas de información con la información que ha proporcionado. Tenga en cuenta que esta solicitud no se comunicará a ninguna persona fuera de Myriad, como su compañía de seguro o sus proveedores de atención médica, y no afectará sus preferencias de comunicación externa a Myriad.

Firma del paciente o del representante personal	Fecha
Nombre en imprenta del representante personal (<i>adjunte la documentación legal pertinente</i>)	Parentesco con el paciente

Envíe este formulario a: Myriad Genetic Laboratories, Inc., Attn: Privacy Office, 320 Wakara Way, Salt Lake City, UT 84108

Date request received:	Reason for denial:
<input type="checkbox"/> Request accepted <input type="checkbox"/> Request denied	
Date notification sent to patient or personal representative:	<input type="checkbox"/> Requested information updated in applicable systems
Myriad representative name/signature	Date