

**Insulet Corporation**

**Formulario de solicitud de Aviso de privacidad de la HIPAA**

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Qué desea solicitar? (marque todo lo que corresponda)

Recibir una copia de mi información médica por:

Correo postal de EE. UU.

Correo electrónico

Fax

Enmendar mi información médica

Restringir mi información médica

Recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en un lugar alternativo

Recibir una descripción de determinadas divulgaciones que han hecho, si las hubiera,  
de mi información médica

Recibir una copia impresa del Aviso de privacidad de la HIPAA de Insulet Corporation

---

Nombre:

Firma:

---

Dirección:

---

Ciudad:

Estado:

Código postal:

---

Número de teléfono

Número de fax

Dirección de correo electrónico

---

Comentarios/instrucciones especiales:

---

---

---

**Envíe el formulario completado a:** Insulet Corporation  
Attn: Privacy Officer  
100 Nagog Park  
Acton, MA 01720