

Solicitud de restricción o revocación de la restricción sobre usos y Divulgación de la información de salud protegida (PHI)

Imprima toda la información solicitada para evitar demoras en nuestras respuestas y entregue el formulario diligenciado a su centro.

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Inicial segundo nombre Apellido de soltera u otro nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ Teléfono: _____

Entienda que:

- No se nos exige que aceptemos esta solicitud de restricción, a menos que sea una divulgación de restricción de su información de salud protegida (PHI) a un plan de salud o aseguradora para el tratamiento o servicios por los cuales **usted pagó**. Podemos eliminar la restricción si no se realiza su pago.
- Podemos aceptar voluntariamente otras solicitudes de restricciones. Toda restricción que hayamos aceptado voluntariamente puede revocarse informándole su revocación.
- Esta restricción no se aplicará a ninguna divulgación de la información de salud protegida (PHI) ocurrida antes de la implementación de esta solicitud.
- Las restricciones no se aplicarán cuando la información restringida sea necesaria para un tratamiento de emergencia.
- Las restricciones no pueden aplicarse a la compensación laboral.
- Usted puede solicitar la revocación de una restricción previa en cualquier momento.

Solicito que: Establezca una restricción Elimine una restricción previa sobre el uso o divulgación de mi información de salud protegida:

Descripción de la información a ser restringida:

Fecha del servicio: _____

Individuo/Entidad a la que la información de salud protegida (PHI) no se debe divulgar: _____

Otro: _____

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

O

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA AUTORIZADA

FECHA

RELACION CON LA PERSONA

FECHA



Solicitud de restricción o revocación de la restricción sobre usos y Divulgación de la información de salud protegida (PHI)

Imprima toda la información solicitada para evitar demoras en nuestras respuestas y entregue el formulario diligenciado a su centro.

SOLAMENTE PARA USO INTERNO

Complete las secciones a continuación y conserve esta solicitud con los registros del paciente.

Aviso de la decisión

- Aceptamos la(s) restricción(es) que ha solicitado arriba.
- Aceptamos solo la siguiente parte de la(s) restricción(es) que ha solicitado arriba:

- No podemos aceptar la(s) restricción(es) que ha solicitado arriba.
- Informamos que las restricciones antes mencionadas se han revocado. _____
Fecha
- Se ha completado la solicitud de revocación sobre la restricción previa. _____
Fecha

Integrante del personal que procesó la solicitud	Cargo	Fecha	Teléfono
--	-------	-------	----------