

Solicitud de Restricción y Limitación de Información de Salud Protegida

NOTA: Complete un solo formulario por paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre

Fecha de nacimiento

Dirección postal

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

1. Fechas de la información que se desea restringir:

Por ejemplo: Fechas de visitas al consultorio, tratamiento u otros servicios de atención médica.

2. Describa la información que se desea restringir:

Por ejemplo: Resultados de laboratorio, notas del médico.

3. ¿Cómo le gustaría restringir su información de salud protegida (PHI)?

Por ejemplo: Restringir el acceso a una entidad o individuo en particular.

4. ¿Cuál es la razón de su solicitud?

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de mi información de salud protegida (PHI). También entiendo que la clínica no está obligada a aceptar mi solicitud. Entiendo que puedo terminar la restricción solicitada en cualquier momento, por escrito, y que la clínica puede terminar este acuerdo al volver a enviar una notificación por escrito al paciente o al representante legal.

Entiendo que la clínica debe comprometerse a no revelar mi PHI a mi plan de salud si la divulgación es para el pago u operaciones de atención médica relacionadas con un artículo o servicio de atención médica que pagué en su totalidad, de mi bolsillo. También entiendo que, si mi solicitud es aceptada, la clínica no puede usar o divulgar mi PHI en violación de la restricción a menos que sea necesario para proporcionar tratamiento de emergencia, o la ley exija tal uso o divulgación.

Firma del representante legal/paciente mayor de 18 años

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante legal/paciente mayor de 18 años

Relación con el paciente