

Solicitud de restricción o revocación de la restricción sobre usos y divulgación de la Información de salud protegida (PHI)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:		
Apellido:	Nombre:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Fecha de nacimiento:	

Yo, entiendo que, al firmar y enviar este documento, solicito a la clínica nombrada a continuación a restringir el uso y la divulgación de mi Información de salud protegida.

Nombre de la clínica

Entiendo lo siguiente:

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Esta restricción no se aplicará a ninguna divulgación de la PHI ocurrida antes de la implementación de esta solicitud. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Las restricciones no se aplicarán cuando la información restringida sea necesaria para un tratamiento de emergencia.
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Usted puede solicitar la revocación de una restricción previa en cualquier momento. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Las restricciones no pueden aplicarse al Programa de compensación laboral.
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Podemos aceptar voluntariamente otras solicitudes de restricciones. Cualquier restricciones que hayamos aceptado voluntariamente puede revocarse informándole de la revocación. 	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ No se nos exige que aceptemos esta solicitud de restricción, a menos que sea para restringir la divulgación de PHI a un plan de salud o aseguradora para el tratamiento o servicios por los cuales usted pagó en su totalidad. Podemos eliminar la restricción si no se realiza su pago. 	

Solicitud: Imponer una restricción Retirar una restricción anterior

Fecha del servicio: _____

Descripción de la información que debe restringirse: _____

Nombre de la persona/entidad al que no debe divulgarse la PHI:

Otra:

Solicitud de restricción o revocación de la restricción sobre usos y divulgación de la Información de salud protegida (PHI)

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma

Nombre del intérprete/traductor (si es necesario)

Número de teléfono

***Si se requirió un traductor o intérprete.**

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Aviso de la decisión

Estatus de la(s) restricción(es):

Aceptamos la(s) restricción/restricciones que usted ha solicitado.

Solamente hemos aceptado solo la siguiente parte de la(s) restricción(es):

Revocación de la restricción:

Se ha completado la solicitud de revocación sobre la restricción previa.

Fecha de efectiva: _____

Le informamos que las restricciones existentes se han revocado.

Fecha de efectiva: _____

Fecha que se recibió la solicitud: _____

Fecha en que las solicitud se procesó/completó: _____

Nombre de la Clínica

Personal de la oficina (nombre en letra de imprenta)

Fecha

Firma del personal de la oficina