REQUEST FOR RESTRICTION ON USE/DISCLOSURE OF PHI

SOLICITUD DE RESTRICCIONES SOBRE EL USO / LA DIVULGACIÓN DE PHI [siglas en inglés de Información médica protegida]

A NUESTROS PACIENTES: Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestro uso y divulgación de su información médica protegida. Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que no se divulgue ninguna parte de su información médica protegida a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención médica o para propósitos de notificaciones según la descripción en el "Aviso de prácticas de confidencialidad".

Su solicitud tiene que indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. No estamos obligados a aceptar una restricción que solicite.

Tenemos que acordar no divulgar su Información Médica Protegida a su plan de salud si la divulgación es para pagos u operaciones de atención médica y se relaciona con un artículo o servicio de atención médica que pagó por cuenta propia en su totalidad. Si aceptamos la restricción solicitada, no podemos usar ni divulgar su Información Médica Protegida en violación de esa restricción a menos que sea necesario para proporcionar tratamiento urgente.

Nos reservamos el derecho a terminar su restricción solicitada si:
• Usted acepta la terminación de la restricción, ya sea por escrito o verbalmente; o
• Usted mismo/misma solicitó la terminación.

Nombre de paciente:_____

Calle o Apartado postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal:_____

Teléfono de la casa: _____Teléfono celular:_____

1) Información Médica Protegida que se debe restringir:_____

_____

_____

2) Naturaleza de la restricción: _____

_____

_____

_____ _____

Firma de paciente/representante personal Fecha

_____

Firma de paciente/representante personal

Favor de devolver el formulario completado por fax o correo a:

Keystone Professional Center
Attn: HIM Department
111 Chamber Hill Drive, Suite 200,
Chambersburg, PA 17201,
Phone (717) 709-7960 Fax: (717) 217-1937
Email: khc-him@keystonehealth.org

**********OFFICE USE ONLY**********

RESPUESTA DE KEYSTONE HEALTH:

____ **Se ha aceptado** su solicitud de restricción. En el caso de una emergencia o si es necesario para cumplir con la ley, podemos usar y divulgar su información médica en violación de la restricción. Aparte de en esas circunstancias, cumpliremos con su solicitud a menos y hasta que se rescinda la restricción (con o sin su acuerdo) y se le avise.

____ **Se ha rechazado** su solicitud de restricción, por los siguientes motivos:

_____

_____

_____

_____ _____

Signature of HIM Manager/Privacy Official *Date* / Fecha
Firma de Administrador/a de Gestión de Información Médica /
Oficial de Confidencialidad

TERMINATION OF RESTRICTION / TERMINACIÓN DE LA RESTRICCIÓN

_____El/La paciente anteriormente nombrado/a consiente en terminar esta restricción el ___/___/____.

_____Se le avisó al/a la paciente anteriormente nombrado/a el ___/___/____que se terminó esta restricción. Motivo:_____

_____

☐ Se le avisó al/a la paciente (marque el espacio apropiado):

_____ En persona

_____Por teléfono (adjunte documentación de aviso)

_____Por correo (adjunte documentación de aviso)

_____ _____

Signature of HIM Manager/Privacy Official *Date* / Fecha
Firma de Administrador/a de Gestión de Información Médica