

Nombre del Paciente (En Letra Imprenta)	Fecha de Nacimiento	NRM (del Centro Médico)
Dirección	Número de Teléfono de Casa	Número de Teléfono del Trabajo

Por favor seleccione de las siguientes opciones (se debe completar un formulario separado para cada pedido):

- Usted tiene el derecho a solicitar por escrito límites a la forma en que se usa o se comparte su información de salud con respecto a **pagos. Estamos obligados** a aceptar su solicitud **si esto implica un acceso restringido a su información de salud por parte de su seguro de salud y usted paga por ese servicio en su totalidad y de su bolsillo por adelantado**, o para **operaciones de atención médica. Por favor** tenga en cuenta que esta solicitud entrará en vigor a partir de la fecha que se indica a continuación hasta que recibamos una notificación escrita o verbal de usted para detener dicha restricción.
- Usted tiene el derecho a solicitar por escrito límites sobre qué detalles de su información de salud se están compartiendo con alguien que está involucrado en su atención y tratamiento, como un miembro de la familia. **No estamos obligados** a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. **Por favor** tenga en cuenta que: esta solicitud (si se acepta) entrará en vigor a partir de la fecha que se indica a continuación hasta que recibamos una notificación escrita o verbal de usted para detener dicha restricción.

Por favor complete la información solicitada (escriba con letra de imprenta legible):

Especifique la información médica relacionada con el pago o las operaciones de atención médica que desea restringir **(incluya la fecha del encuentro / fecha de admisión / servicio prestado / artículo de atención médica):**

1.

2.

3.

4.

5.

A quién desea que se apliquen las limitaciones (por ejemplo: nombre de la compañía de seguros, su cónyuge, un proveedor):

Yo entiendo que el centro médico puede dejar sin efecto este acuerdo si:

- Yo estoy de acuerdo o de pedir la cancelación por escrito;
- Yo estoy de acuerdo con dejar sin efecto lo tratado verbalmente y que el acuerdo verbal sea documentado;
- El centro médico me informa que está dando por terminado su acuerdo a la restricción de tratamiento o de operaciones de atención médica. Dicha cancelación solo es efectiva con respecto a la información médica protegida creada o recibida después de que el centro médico me haya informado de la cancelación y que no afecta las restricciones vigentes en cuanto a pagos.

Firma del Paciente o Persona Autorizada	Fecha	Hora
---	-------	------

Relación con la Persona Autorizada

SOLO PARA USO DEL CENTRO MÉDICO

- Su pedido ha sido otorgado.
- Su pedido ha sido negado por la siguiente razón(es):

Firma del Representante del Centro Médico	Fecha	Hora
---	-------	------

Request for Restriction of Use and Disclosure of Health Information

White: Director, Health Information Management
Yellow: Patient