



Solicitud de limitaciones y restricciones de uso y divulgación de la información protegida de la salud

Nombre del paciente: _____ Paciente SSN: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

La Dirección del paciente: _____

En virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, podemos divulgar información médica acerca de usted a las personas que puedan estar involucradas en su asistencia médica como terapeutas, familiares, miembros del clero, u otras personas que son parte de su cuidado. Usted tiene el derecho, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 a solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o que divulgamos sobre usted para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago para su cuidado, como un miembro de familia o amigo. *No estamos obligados a aceptar su solicitud.* Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. **Solicitar a las limitaciones y restricciones, usted debe completar este formulario y volver a nosotros.**

Sírvase describir lo más concretamente posible el *tipo de información* que desea para nosotros para restringir o limitar. _____

- Toda la información de la EHR
- Citas
- Resultados de la prueba de diagnóstico

Sírvase describir lo más concretamente posible **cómo** le gustaría que esta información sea limitada o restringida. _____

Sólo podrán compartir con _____

_____	_____	_____
Nombre	Relación	Teléfono
_____	_____	_____
Nombre	Relación	Teléfono

Firma del paciente o Tutor Legal

Fecha

Para uso **del Centro** sólo:

Fecha de recepción _____ Solicitud ha sido: Aceptado _____ Denegado _____

Comentarios: _____

Practice Manager/coordinador de la Oficina de

Fecha entró en el EHR