



4502 Medical Drive
 Departamento de Registros Médicos, MS# 26-2
 San Antonio, Texas 78229-4493

Teléfono (210) 358-3532

Fax (210) 358-5936

Solicitud de Restricciones en Uso/Divulgación de Información Médica Protegida

Nombre del paciente:	_____	_____	_____
	Apellido	Nombre	Segundo nombre
Dirección:	_____	_____	_____
	Calle	Ciudad	Estado
			Código postal
Teléfono:	(____) _____	Fecha de nacimiento: _____	MRN: _____

University Health System aceptará para su revisión solicitudes por escrito de ciertas restricciones en su Uso y Divulgaciones de su Información Médica Protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) incluyendo restricciones en Usos o Divulgaciones para Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención médica y restricciones en Divulgaciones a personas involucradas en su cuidado, como familiares o amigos. A University Health System no le requieren leyes federales o estatales aceptar acatar alguna restricción solicitada. Según reglamento federal, las solicitudes de restricciones además no afectarán el Uso y Divulgación por parte de University Health System de PHI en ciertas circunstancias como divulgaciones para actividades de salud pública, para denunciar víctimas de abuso, abandono u otros casos de violencia, al departamento de salud federal o estatal o para el cumplimiento de la ley o para propósitos judiciales.

1. Por la presente solicito la(s) siguiente(s) restricción(es) en el Uso interno de mi PHI por parte de University Health System en relación con mi tratamiento médico, pago u otra operación de atención médica: _____

2. Por la presente solicito la(s) siguiente(s) restricción(es) en la Divulgación externa de mi PHI a un tercero por parte de University Health System en relación con mi tratamiento médico, pago u otra operación de atención médica: _____

3. Comprendo que University Health System y sus miembros no tienen la obligación de aceptar mi(s) restricción(es) solicitada(s). Además comprendo que University Health System no aceptará una restricción que impida usos y divulgaciones permitidas o exigidas como se describió en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

4. Comprendo que incluso si mi restricción solicitada es aceptada, University Health System puede usar o divulgar la información restringida si dicha información es necesaria para ofrecerme tratamientos de emergencia.

5. Comprendo que University Health System puede revocar una restricción aceptada, en cuyo caso la revocación tiene validez solo con respecto a la PHI creada o recibida después de la fecha que University Health System me da aviso de la revocación. Además comprendo que yo puedo revocar una restricción aceptada, si lo hago por escrito.

_____	_____	_____
Firma del paciente o del representante del paciente	Relación con el paciente	Fecha

PARA USO DE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM ÚNICAMENTE	FECHA DE RECIBO _____
La restricción fue: <input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Rechazada	
En el caso de ser rechazada, razones del rechazo:	

Acciones definitivas realizadas:	

Administrador de Información médica/Director de Registros médicos: _____	Fecha _____