



4502 Medical Drive

Departamento de Expedientes Médicos, MS N.º 26-2

Teléfono: (210) 358-3532 San Antonio, Texas 78229-4493 Fax: (210) 358-5936

SOLICITUD DE RESTRICCIONES EN EL USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Form fields for patient information: Nombre del paciente, Dirección, Información de identificación. Includes sub-fields for Apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Calle, Ciudad, Estado, Código postal, Número de teléfono, Fecha de nacimiento, N.º de expediente médico.

El University Health aceptará para revisión solicitudes por escrito de ciertas restricciones sobre al uso y divulgación de su "Información de Salud Protegida" (PHI por sus siglas en inglés), incluyendo las restricciones sobre usos o divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica...

1. Por medio de la presente solicito la (s) siguiente (s) restricción (es) en el uso interno de mi PHI por el University Health en relacion con mi tratamiento, pago u otras actividades de atención médica:

2. Por medio de la presente solicito la (s) siguiente (s) restricción (es) en la divulgación externa de mi PHI a terceros por el University Health con relación a a mi tratamiento médico, pago u otras actividades de atención médica:

3. Entiendo que el University Health y sus miembros no tienen la obligación de estar de acuerdo con mi (s) restricción (es) solicitada (s). Asimismo, entiendo que el University Health no estará de acuerdo con una restricción que impida los usos o divulgaciones permitidos o requeridos tal como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

4. Entiendo que incluso si mi solicitud de restricción es aceptada, el University Health puede usar o divulgar información restringida si dicha información es necesaria para que se me proporcione tratamiento de emergencia.

5. Entiendo que el University Health puede finalizar una restricción acordada,, en cuyo caso la finalización es efectiva solamente con respecto a la PHI creada o recibida después de la fecha en que el University Health me notifique de la finalización. Asimismo, entiendo que puedo finalizar una restricción acordada por escrito o en forma verbal.

6. Entiendo que puedo restringir la divulgación de información de salud a un plan de salud; correspondiente exclusivamente a un componente o servicio de atención médica únicamente cuando yo u otra persona en mi nombre, distinta del plan de salud, haya pagado en su totalidad los gastos de su propio bolsillo.

Firma del paciente o de su representante Parentesco o relación con el paciente Fecha

PARA EL UNIVERSITY HEALTH ÚNICAMENTE

Restricción recibida [] por escrito O [] verbalmente en la fecha: por el empleado con siguiente ID: La restricción ha sido [] aceptada [] rechazada Si fue rechazada, motivo del rechazo:

Medidas definitivas tomadas:

Firma del Director de Administracion de Información de Salud (HIM por sus siglas en inglés)/Expedientes Médicos: Fecha:

