



Solicitud de restricción del paciente

Solicitud de restricción de información médica protegida por un paciente del Condado de Hillsborough

Nombre del paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Email: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Derecho a solicitar restricciones a su información médica protegida (PHI) y nuestras responsabilidades:

El Condado de Hillsborough está comprometido a proteger su información personal de salud bajo las Reglas de Privacidad y Seguridad HIPAA 45 C.F.R. §§ 164.103, 164.105.

Usted (o su representante autorizado) tiene el derecho de solicitar que restrinjamos cómo usamos o revelamos su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o para restringir la información que se proporciona a familiares, amigos y otras personas involucradas en su atención médica. Sin embargo, solo se nos requiere que aceptemos una restricción solicitada cuando usted pide que no entreguemos la PHI a su plan de salud (asegurador) sobre un servicio para el cual usted haya pagado al Condado de Hillsborough en su totalidad. Estamos autorizados, pero no obligados, a aceptar otras restricciones solicitadas. Pero, estamos obligados a cumplir con las restricciones que hemos acordado honrar.

Solicitud de restricción de la información médica protegida (PHI):

A continuación, explique su solicitud de usos y divulgaciones restringidas de su PHI. Sírvase indicar para qué propósitos desea restringir la PHI y las partes específicas a las que desea que no proporcionemos PHI. El Condado de Hillsborough considerará su solicitud y le informará inmediatamente si aceptamos o no las restricciones solicitadas.

Firma del solicitante: _____ ***Fecha de solicitud:*** _____

Información del solicitante (si el solicitante no es el paciente):

Nombre: _____

Relación con el paciente (padre, encargado legal, etc.): _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____