University Health
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

**Nombre del paciente:** _____
**Apellido** **Primer nombre** **Segundo nombre**

**Dirección:** _____
**Calle** **Ciudad** **Estado** **Código postal**

**Información de identificación:** ( ) / /
**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 atencion médica y restricciones sobre las divulgaciones a las personas involucradas en su atención, tales como su familia o amigos. El University Health no tiene la obligación bajo la ley federal o estatal de estar de acuerdo en cumplir ninguna restriccion solicitada. De conformidad con las regulaciones federales, las solicitudes de restricciones tampoco afectarán el uso o divulgación de la PHI del University Health en ciertas circunstancias tales como divulgaciones para actividades de salud pública, para reportar víctimas de abuso, negligencia u otros tipos de violencia, para los departamentos de salud federales o estatales, o para la aplicación de la ley o fines judiciales.

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 atencion 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 restriccion 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 restricion 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 un componente o servicio de atencion 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: _____



ENVIAR