

Solicitud de restricción sobre el uso y la divulgación de la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés)



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Calle: _____ Estado/código postal: _____

**RESTRICCIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA UTILIZADA/DIVULGADA
PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES**

Me gustaría que los hospitales y clínicas de Salem Health restrinjan el uso o divulgación de mi información médica de la siguiente manera:

Restricciones adicionales disponibles:

☐	Recordatorios de citas	☐	Solicitar fondos para la organización.
☐	Productos y servicios relacionados con la salud	☐	Alternativas de tratamiento
☐	Medios	☐	

**LIMITACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DIVULGADA A UN FAMILIAR/AMIGO
INVOLUCRADO EN LA ATENCIÓN O EL PAGO DE LA ATENCIÓN**

Quisiera que los hospitales y clínicas de Salem Health restrinjan el uso o divulgación de mi información médica al siguiente familiar/amigo que participa en la atención o en el pago de la atención de la siguiente manera:

Familiar/amigo involucrado en la atención o el pago

Relación con el paciente

Información médica que se restringirá:

RESTRICCIÓN SOBRE EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI, por sus siglas en inglés) A UN PLAN DE SALUD/SEGURO

- Tengo derecho a solicitar una restricción en la divulgación de la PHI a mi plan de salud por la que he pagado en su totalidad antes del momento del servicio.
- Salem Health está obligado a aceptar la restricción; y la restricción solicitada solo se aplica a la divulgación de información a un Plan de salud con fines de pago u operación de atención médica.
- Esta solicitud solo cubre las instalaciones de los hospitales y clínicas de Salem Health y la parte profesional del servicio de Salem Health Medical Group.
- Es mi responsabilidad notificar a los demás proveedores, incluidos médicos, laboratorios, anestesiología y/o diagnóstico por imágenes acerca de mi solicitud de restricción en la atención que brindan en relación con este servicio.
- Esta solicitud de restricción cubre esta y solo esta información médica proporcionada en esta fecha de servicio.
- Entiendo que esta restricción está en vigor hasta que solicite, o acepte, por escrito que la restricción puede terminar.

He pagado por mi cuenta en su totalidad por el siguiente artículo/servicio y por la presente solicito que los hospitales y clínicas de Salem Health restrinjan el siguiente uso y divulgación de mi información médica:

Descripción del producto/servicio de atención médica	Fecha de servicio	Plan de salud/seguro

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE RESTRICCIONES MENCIONADA ANTERIORMENTE

Solicito que Salem Health restrinja el uso de mi PHI como se especifica arriba. Entiendo que Salem Health no tiene ninguna obligación de aceptar mi solicitud, a menos que se trate de una restricción sobre el uso y la divulgación de mi PHI a un plan/seguro de salud, y que no habrá acuerdo a menos que Salem Health me informe por escrito que está de acuerdo con mi solicitud. Incluso si Salem Health está de acuerdo con mi solicitud, Salem Health puede continuar divulgando la información restringida como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad en las siguientes situaciones:

- En una emergencia médica cuando se necesite información para mi tratamiento;
- Cuando autorizo a Salem Health por escrito a usar o divulgar mi información, o;
- Cuando la ley exija el uso o la divulgación.

Firma del paciente (si firma un representante personal, escriba el nombre y la relación a continuación)

Fecha

Nombre del representante personal y relación con el paciente

Los hospitales y clínicas de Salem Health responderán a su solicitud en un plazo de 30 días.

Envíe el formulario completo a

Salem Health Privacy Officer
P.O. Box 14001
Salem, OR 97309