

# Solicitud de restricción en el uso o la divulgación de información de salud

## PACIENTE

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Número de expediente

## RESTRICCIÓN SOLICITADA

Tipo de restricción solicitada (especificar):

Solicito que no se divulgue a mi compañía de seguro de salud información sobre el siguiente artículo o servicio, que he pagado en su totalidad:

**Nombre de la compañía de seguro de salud**

Solicito que no se divulgue la siguiente información:

a las siguientes personas o entidades:

Aceptaremos acatar su solicitud de restringir la divulgación de su PHI (Información de salud protegida) a un plan de salud si dicha información hace referencia exclusivamente a un artículo o servicio de atención médica que usted ha pagado, o que alguien que no sea el plan de salud haya pagado en su nombre, en su totalidad.

Intentaremos acatar todas las solicitudes de restricción razonables, pero nos reservamos el derecho a denegarlas si no resultara posible implementar la restricción de manera consecuente.

Tenga en cuenta que, según lo establece la ley, podrán exigirnos que divulguemos información en los casos que se enumeran a continuación; por ello, las restricciones a las que demos lugar no afectarán las divulgaciones en las siguientes circunstancias:

- Si usted tiene una emergencia médica, usaremos o divulgaremos información a los fines del tratamiento de emergencia.
- Usos y divulgaciones para los que no se requieren autorizaciones ni oportunidades para aceptarlas u objetarlas, tales como en casos relativos a la seguridad nacional, actividades de salud pública, cumplimiento de la ley, víctimas de abuso, maltrato o violencia doméstica, e investigación.
- Divulgaciones exigidas por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar el cumplimiento de lo establecido por la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud).

Firma del individuo o del representante personal

(Si firma el representante,  
indicar relación con el paciente)

Fecha

## SOLO PARA USO OFICIAL

Solicitud verbal

Solicitud aceptada

Solicitud denegada por los siguientes motivos:

Firma

Puesto

Fecha

Copias para:

Paciente individual

Expediente médico del individuo