

**SOLICITUD DEL PACIENTE PARA RESTRINGIR O LIMITAR EL USO Y LA DIVULGACIÓN
DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

AVISO: La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud ("HIPAA", por sus siglas en inglés) de 1996 y la Ley de Informática Aplicada al Campo de la Salud ("HITECH", por sus siglas en inglés) le permite solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su información de salud protegida ("PHI", por sus siglas en inglés). Llene este formulario para describir las restricciones o limitaciones que solicita. No estamos obligados a cumplir su solicitud, a menos que lo estipule la ley. Si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud a menos que se necesite la información para proporcionarle atención de emergencia.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____

Solicito que se restrinja la divulgación de la siguiente información de salud protegida.

Deseo limitar o restringir la divulgación de mi información de salud protegida a las siguientes personas o entidades:

El motivo de la limitación o restricción a la divulgación de mi información es:

Comprensión y reconocimiento

Reconozco que se me dio una explicación de cómo se usará y divulgará mi información de salud protegida. Comprendo que INTEGRIS puede negarse a cumplir mi solicitud para restringir o limitar la divulgación de mi información de salud protegida, a menos que lo exija la ley. Comprendo que puedo revocar esta solicitud en el futuro si firmo la siguiente declaración de revocación.

Firma del paciente

Fecha

Revocación de la solicitud del paciente para limitar o restringir la divulgación de la información de salud protegida
Revoco esta solicitud para limitar o restringir la divulgación de la información de salud protegida, a partir de la fecha indicada a continuación.

Firma del paciente

Fecha

El formulario completo se puede enviar por fax a INTEGRIS Health Information Management al 405-552-8773, por correo a 3433 NW 56th Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112, o por correo electrónico a Healthinfomanagement@integrishealth.org. Si tiene preguntas, llame al 877-778-7211.

Patient Label
Patient Name:
MRN:
DOB: