

Nombre del Paciente (En Letra Imprenta)	Fecha de Nacimiento	NRM (del Centro Médico)
Dirección	Número de Teléfono de Casa	Número de Teléfono del Trabajo

**Por favor seleccione de las siguientes opciones** (se debe completar un formulario separado para cada pedido):

- Usted tiene el derecho a solicitar por escrito límites a la forma en que se usa o se comparte su información de salud con respecto a **pagos. Estamos obligados** a aceptar su solicitud **si esto implica un acceso restringido a su información de salud por parte de su seguro de salud y usted paga por ese servicio en su totalidad y de su bolsillo por adelantado**, o para **operaciones de atención médica. Por favor** tenga en cuenta que esta solicitud entrará en vigor a partir de la fecha que se indica a continuación hasta que recibamos una notificación escrita o verbal de usted para detener dicha restricción.
- Usted tiene el derecho a solicitar por escrito límites sobre qué detalles de su información de salud se están compartiendo con alguien que está involucrado en su atención y tratamiento, como un miembro de la familia. **No estamos obligados** a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. **Por favor** tenga en cuenta que: esta solicitud (si se acepta) entrará en vigor a partir de la fecha que se indica a continuación hasta que recibamos una notificación escrita o verbal de usted para detener dicha restricción.

**Por favor complete la información solicitada** (escriba con letra de imprenta legible):

Especifique la información médica relacionada con el pago o las operaciones de atención médica que desea restringir **(incluya la fecha del encuentro / fecha de admisión / servicio prestado / artículo de atención médica):**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

A quién desea que se apliquen las limitaciones (por ejemplo: nombre de la compañía de seguros, su cónyuge, un proveedor):

Yo entiendo que el centro médico puede dejar sin efecto este acuerdo si:

- Yo estoy de acuerdo o de pedir la cancelación por escrito;
- Yo estoy de acuerdo con dejar sin efecto lo tratado verbalmente y que el acuerdo verbal sea documentado;
- El centro médico me informa que está dando por terminado su acuerdo a la restricción de tratamiento o de operaciones de atención médica. Dicha cancelación solo es efectiva con respecto a la información médica protegida creada o recibida después de que el centro médico me haya informado de la cancelación y que no afecta las restricciones vigentes en cuanto a pagos.

Firma del Paciente o Persona Autorizada	Fecha	Hora
---	-------	------

Relación con la Persona Autorizada

**SOLO PARA USO DEL CENTRO MÉDICO**

- Su pedido ha sido otorgado.
- Su pedido ha sido negado por la siguiente razón(es):
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Firma del Representante del Centro Médico	Fecha	Hora
---	-------	------

**Request for Restriction of Use and Disclosure of Health Information**

White: Director, Health Information Management  
Yellow: Patient