

Solicitud para Restricciones en el Uso y Divulgación de la Información sobre la Salud

Sus derechos

Según la ley HIPAA, tiene derecho a pedirnos que no utilicemos ni divulguemos su información médica con fines de tratamientos, pagos y negocios. Esto se conoce como una solicitud de restricción.

- **Atrium Health no es requerido para estar de acuerdo con una restricción.** (Con ciertas excepciones.)
- **Ninguna restricción es efectiva hasta que reciba una confirmación por escrito de Atrium Health**
- Si se llega al acuerdo de restricción, esta se hará efectiva para el visitante actual del paciente específico o para el encuentro especificado y para el futuro tratamiento, pago, o fines de negocios.
- **En caso de una situación de emergencia, no serán aplicados los acuerdos de restricción.**
- Puede solicitarnos en cualquier momento que pongamos fin a esta restricción comunicándolo verbalmente o por escrito.
- Podemos terminar nuestro acuerdo con la restricción informándole por escrito. Esto sólo afectará a la información de salud generada o recibida después de que le hayamos informado.

Para solicitar una restricción, complete este formulario en su totalidad y envíelo a Atrium Health Corporate HIM P.O. de Correos 32861, Charlotte, NC 28231-2861

Restricción del Uso y Divulgación de Información Médica

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Por favor, especifique la instalación o la práctica de la que solicita la restricción: _____

Por favor, describa la información a la que se aplica esta solicitud (por ejemplo, los resultados de una prueba de embarazo):

No divulgue mi información médica a la(s) siguiente(s) persona(s):

Firma del paciente o representante: _____ **Fecha:** _____

Si firma como representante autorizado, explique su autoridad para representar al paciente y presente documentación que demuestre dicha autoridad, según corresponda:

Solo para uso de Atrium Health

_____ La solicitud para restricción ha sido **negada**. (Nota: La instalación no puede negar una solicitud de restricción del Directorio de la Instalación).

Por favor, indique la razón de la negación:

_____ La solicitud para restricción ha sido **aceptada**. El acuerdo de restricción no podrá aplicarse en caso de emergencia o si es necesario para cumplir con la ley.

Firma(s): _____ Fecha: _____

Nombre y cargo en imprenta: _____

Observaciones: _____

Original: Archivar o escanear en la historia clínica.



Código de barras

Solicitud de Restricciones de Uso o
Divulgación de la Información sobre
la Salud

octubre 2019