



Departamento de salud del condado de Jefferson

Solicitud de restricción de uso y Divulgación de información médica protegida

Información del paciente

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección			Número de teléfono
Número de expediente médico (si lo sabe)		Fecha de solicitud	

Solicito las siguientes restricciones sobre el uso y/o divulgación de mi información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Para restringir las divulgaciones a su plan de salud, debe pagar en forma privada los servicios en su totalidad en el momento del servicio.

Solicito las siguientes restricciones sobre el uso o divulgación de mi información médica protegida a un miembro de la familia, otro pariente u otra persona identificada, directamente relevante para la participación de esta persona en el cuidado o en el pago de la atención médica del individuo. Incluye el nombre, la dirección y la información de contacto de cada persona.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se usa o divulga mi información médica protegida para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica o como se divulga a los miembros de la familia y otras personas involucradas en mi cuidado. Entiendo que JCDH (por sus siglas en inglés) no está obligado a aceptar la(s) restricción(es) solicitada(s). Generalmente, si se me niega tendré la oportunidad de estar de acuerdo u objetar antes de que se hagan divulgaciones a las personas involucradas en mi cuidado. Si JCDH está de acuerdo, será obligatorio, excepto en el caso de tratamiento de emergencia. Si se divulga información restringida debido a mi tratamiento de emergencia, JCDH solicitará al proveedor que no siga usando y/o divulgando esa información.

Firma del paciente/tutor legal/representante del paciente*

Relación con el paciente

Fecha

*Se le puede solicitar presentar evidencia de tutorial o representación legal.

Si se niega su petición, usted puede presentar una declaración de desacuerdo por escrito a Privacy Officer, Jefferson County Department of Health, 1400 6th Avenue South, Birmingham, AL 35233 o al correo electrónico www.hipaaprivacyofficer@jcdh.org.

Office Use (JCDH staff fax form to (205) 930-1305 or deliver to ROI Division)

Request Received By: _____ (signature) Dept: _____ Date: _____

Review Date: _____

Determination:

Restriction Accepted Restriction Denied Restriction Accepted in Part Date Restrictions Begin _____

If denied or partially accepted, reason: _____

Patient Notification Method _____ Date _____ (attach communication)

Approval Signature: _____ Date: _____



Departamento de salud del condado de Jefferson

Solicitud de restricción de uso y Divulgación de información médica protegida

Información del paciente

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección			Número de teléfono
Número del expediente médico (si lo tiene)		Fecha de solicitud	

Por favor lea lo siguiente y complete la información solicitada:

Anulo mi solicitud anterior de restricciones de uso y divulgación de mi información médica protegida.

Entiendo que esta revocación no afectará las acciones tomadas de acuerdo con mi solicitud original para restringir el uso y la divulgación de información médica protegida antes de recibir esta revocación por escrito. También entiendo que cuando se eliminen mis restricciones de uso y divulgación del indicador de información de salud protegida, no se respetarán las restricciones solicitadas anteriormente

He leído las declaraciones anteriores y doy fe de que ya no necesito la restricción a la información de mi salud.

Firma del paciente/tutor legal/representante del paciente*

Relación con el paciente

Fecha

Si es revocado por el tutor legal o representante personal, escriba su nombre en letra de molde: _____

*Se le puede solicitar presentar evidencia de tutorial o representación del paciente.

Office Use (JCDH staff fax form to (205) 930-1305 or deliver to ROI Division)

Request Received By: _____ (signature) Dept: _____ Date: _____

Review Date: _____

Date Restriction Removed: _____

Patient Notification Method _____ Date _____ (attach communication)

Signature: _____ Date: _____