

致我们的患者：

根据联邦隐私法规，您有权请求限制对您健康信息的使用和披露。关于该权利以及 PeaceHealth 如何遵循该权利，请注意以下几点：

- 除下方所述的健康计划披露限制之外，PeaceHealth 无需遵守您的限制请求。
- 根据法律规定，*即便未经患者书面授权*，PeaceHealth 亦需要出于各种目的而向各州、联邦及其他实体披露患者信息。如需相关完整说明，请参见《PeaceHealth 隐私惯例联合通知》(PeaceHealth Joint Notice of Privacy Practices)。我们无法遵守限制所有披露的请求或在披露任何健康信息前必须获得您的授权请求。
- 通常而言，除非完全确定能够按要求遵守限制请求，否则 PeaceHealth 不会同意遵守限制。现实原因导致我们无法遵守许多限制请求。
- 您有权请求限制向您的健康计划披露您个人全额自付的服务或项目的相关信息。PeaceHealth 必须遵守此类请求。但是：
 - 您必须全额自付医疗项目或服务的费用。
 - 各健康计划对住院治疗的报销方式有别于与其他医疗服务，通常根据诊断结果而一次性付清。因此，我们无法向您的健康计划隐瞒特定服务或项目的信息。如果您希望限制向您的健康计划披露住院期间的项目或服务的相关信息，您必须全额支付整个住院期间的费用。
 - 如果您全额自付实验室检验、X 光检查等诊断服务费用，并请求限制向您的健康计划披露信息，我们则绝对不会向您的健康计划提交报销请求。但是，您的治疗提供者可能需要将诊断结果提交给您的健康计划才能报销其服务费用。请务必直接与您的提供者办公室联系以提出限制请求。

HIM 或 PFS 收到的日期: _____

姓氏:	名字:	中间名:
街道地址:	电话:	
城市、州、邮编:	出生日期:	

本人要求对本人的受保护健康信息进行以下限制:

- 如下文所述, 由个人或实体使用或向个人或实体披露 (向本人的健康计划披露除外)。

受限信息:
禁止以下个人使用或向其披露本人的受保护健康信息:
限制时间: (从) _____ (至) _____

- 向本人的健康计划披露本人全额“自付”的项目或服务的相关信息 (如勾选此框, 即表示本人理解本人需自付与本请求相关的项目或服务费用)。

描述项目或服务:	
服务日期:	账号:

本人理解并同意, 如果本人要求限制向本人的健康计划披露信息, 则本人必须全额自付指定服务的费用。

患者/患者授权代表签名 - 与患者的关系 _____ 日期 时间

FOR PEACEHEALTH USE ONLY Routing: Restrictions on disclosures to health plans – HIM; all others to Regional Privacy Officer			
<input type="checkbox"/> Restriction Accepted <div style="text-align: right; font-size: small;">Scan to RST-AD</div>	<input type="checkbox"/> Restriction Denied <div style="text-align: right; font-size: small;">Scan to RSTDEN</div>		
<input type="checkbox"/> Patient/Personal Representative notified of restriction decision by: _____			
Signature	Title	Date	Time

SYS1000-M (04/14/20)

Patient Identification