

A nuestros pacientes:

Según las normas federales de privacidad, usted tiene derecho a pedir restricciones sobre la forma en que usan y revelan su información médica. Estas son algunas de las cosas que debe saber sobre este derecho y sobre cómo PeaceHealth lo aplica:

- Excepto por las restricciones sobre las revelaciones a su plan médico, como se describe abajo, PeaceHealth no tiene la obligación de aceptar su solicitud de restricción.
- PeaceHealth tiene la obligación legal de revelar información del paciente, *sin su autorización por escrito*, a diversas entidades estatales, federales y de otro tipo para distintos propósitos (lea el Aviso conjunto sobre prácticas de privacidad de PeaceHealth para ver una descripción completa). No podemos aceptar una solicitud para que se restrinjan todas las revelaciones ni para pedir su autorización antes de revelar su información médica.
- En términos generales, PeaceHealth no aceptará una solicitud de restricción a menos que podamos estar absolutamente seguros de que podremos aplicarla como se pide. Rechazamos muchas solicitudes de restricción por razones prácticas.
- Usted tiene derecho a pedirnos que se restrinjan las revelaciones a su plan médico para los servicios o artículos que usted haya pagado personal y totalmente “de su bolsillo”. PeaceHealth debe aceptar este tipo de solicitud. Sin embargo:
 - Usted debe pagar personalmente el total del artículo o servicio de atención médica.
 - Como los planes médicos no reembolsan las estancias en el hospital igual que otros servicios de atención médica (por lo general, una suma integral basada en su diagnóstico), no es conveniente ocultarle información sobre un servicio o artículo específico a su plan médico. Si elige no revelar un artículo o servicio prestado durante una estancia en el hospital a su plan médico, deberá pagar la totalidad de la estancia en el hospital.
 - Si paga la totalidad de un servicio de diagnóstico, como un análisis de laboratorio o una radiografía, y nos solicita que restrinjamos la revelación de información a su plan médico, no le enviaremos una solicitud de reembolso a su plan médico. Sin embargo, el proveedor encargado de tratarlo podría tener que enviar los resultados diagnósticos a su plan médico para recibir un reembolso por los servicios que prestó. Usted debe comunicarse directamente con el consultorio de su proveedor para solicitar una restricción.

Fecha de recepción por la HIM o los PFS: _____

| | | |
|--------------------------------|----------------------|-----------------|
| Apellido: | Nombre: | Segundo nombre: |
| Dirección: | Teléfono: | |
| Ciudad, estado, código postal: | Fecha de nacimiento: | |

Solicito la siguiente restricción para mi información médica protegida:

- Usos por parte de personas o entidades, o revelaciones a ellas (aparte de las revelaciones a mi plan médico), como se describe abajo.

| |
|--|
| Información que debe restringirse: |
| Las personas a quienes se les debe restringir el uso o la revelación de mi información médica protegida son: |
| Plazo de la restricción: (desde) _____ (hasta) _____ |

- Revelaciones a mi plan médico sobre artículos o servicios que estoy pagando personal y totalmente “de mi bolsillo” (marcando esta casilla, entiendo que soy responsable de pagar los artículos o servicios relacionados con esta solicitud).

| | |
|--------------------------------------|-------------------|
| Descripción del artículo o servicio: | |
| Fechas del servicio: | Número de cuenta: |

Entiendo y acepto que, si solicito una restricción de lo que se revela a mi plan médico, debo pagar la totalidad de los servicios especificados.

 Firma del paciente o de la persona autorizada para firmar por el paciente – Relación

 Fecha Hora

FOR PEACEHEALTH USE ONLY Routing: Restrictions on disclosures to health plans – HIM; all others to Regional Privacy Officer

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Restriction Accepted Scan to RST-AD | <input type="checkbox"/> Restriction Denied Scan to RSTDEN |
|---|---|

- Patient/Personal Representative notified of restriction decision by:

| | | | |
|-----------|-------|------|------|
| Signature | Title | Date | Time |
|-----------|-------|------|------|

SYS1000-S (04/14/20)

Patient Identification