



REQUEST FOR RESTRICTION OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - Spanish bilingual

(This page goes to patient - Do not scan into record)

(Sección para uso de PeaceHealth solamente)

Patient Identification

A nuestros pacientes:

Bajo las reglamentos federales de privacidad usted tiene el derecho a solicitar restricciones de cómo se usa y divulga la información sobre su salud. A continuación hallará datos que usted debe conocer en cuanto a este derecho y como PeaceHealth lo administra:

- Exceptuando las restricciones sobre las divulgaciones a su plan de salud como descrito a continuación, PeaceHealth no está obligado a cumplir con su solicitud de una restricción
- PeaceHealth está obligado por la ley a divulgar información sobre el paciente sin su autorización por escrito, a una variedad de entidades estatales, federales y otras entidades por una variedad de razones (ver la Declaración Conjunta de Prácticas de Privacidad de PeaceHealth para una descripción completa.) No podemos cumplir con una solicitud de restricción de toda divulgación o la de obtener su autorización antes de divulgar cualquier información acerca de su salud.
- Generalmente hablando, PeaceHealth no estará de acuerdo en cumplir con una restricción al menos que podamos estar absolutamente confiados de que podremos observar la restricción tal y como haya sido solicitada. Muchas solicitudes de restricción son negadas por razones prácticas.
- Usted tiene el derecho a solicitar restricciones de divulgaciones a su plan de salud por servicios o artículos que usted haya pagado personalmente por completo por sus “propios medios.” PeaceHealth debe cumplir con este tipo de solicitud. Sin embargo:
 - Usted debe personalmente pagar por completo por los artículos del cuidado de salud o servicios.
 - Si usted no cancela el total de su deuda, su solicitud de restricción es considerada inválida y PeaceHealth hará un reclamo de reembolso a su plan de salud por el pago del artículo o servicio.
 - Debido a que las estadias como pacientes internos de hospital son pagadas por los planes de salud en forma diferente a otros servicios de cuidados de salud – típicamente una suma global basada en su diagnóstico—no es práctico negarle información a su plan de salud acerca de un servicio específico o artículo. Si desea usted restringir una divulgación a su plan de salud de un artículo o servicio suministrado durante una estadia como paciente interno en el hospital, usted deberá pagar por completo por toda su estadia en el hospital.
 - Si usted paga por completo por un servicio de diagnostico, como un análisis de laboratorio o examen de radiología, y solicita una restricción de divulgación a su plan de salud, ciertamente no mandaremos a su plan de salud un reclamo de pago. Sin embargo, su proveedor de tratamiento podría verse requerido de enviar los resultados de su diagnóstico a su plan de salud con el fin de ser remunerado por sus servicios. Usted debe comunicarse directamente con la oficina de su proveedor para solicitar una restricción.



REQUEST FOR RESTRICTION OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - Spanish Bilingual

RSTRIC-ADD



Patient Identification

Información del Paciente (use letra de molde):

APELLIDO (Last Name)		NOMBRE (First)		SEGUNDO NOMBRE (Middle)	
DIRECCIÓN (Street Address)				TELÉFONO DURANTE EL DÍA (Daytime Phone)	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (City, State, Zip)				TELÉFONO DURANTE LA TARDE (Evening Phone)	
FECHA DE NACIMIENTO (Date of Birth)			NÚMERO DE ARCHIVO MÉDICO (MRN#)		

Solicito que aplique la siguiente restricción a mi información protegida de salud: (I request the following restriction be made for my protected health information:)

Usos por o divulgación a individuos o entidades (con excepción de divulgación a mi plan de salud como es descrito abajo): (Uses by, or disclosures to individuals or entities - other than disclosures to my health plan as described below)

INFORMACIÓN QUE DEBE RESTRINGIRSE (Information to be restricted)

LOS INDIVIDUOS QUE HAN DE SER RESTRINGIDOS DEL USO O DIVULGACION DE MI INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD INCLUYEN A: (Individuals who are to be restricted from the use or disclosure of my protected health information include:)

MARCO DE TIEMPO DE LA RESTRICCIÓN: (DE) _____ (A) _____
(Time frame of the restriction:(from) ____ (to) ____)

Divulgación a mi plan de salud con respecto a productos o servicios por los que personalmente estoy pagando en su totalidad "por mis propios medios": (Disclosures to my health plan regarding items or services for which I am personally paying in full "out of pocket")

DESCRIPCIÓN DE PRODUCTO O SERVICIO (Description of item or service)

FECHA(S) DEL SERVICIO (Date(s) of service)	NÚMERO DE CUENTA (Account number)
--	-----------------------------------

Restricción rescindida debido a la falta del pago completo por los servicios. Fecha _____ (Restriction rescinded due to failure to pay in full for services. Date: _____)

Entiendo que, si solicito una restricción de divulgaciones a mi plan de salud, debo de pagar por completo el servicio o servicios específicos o PeaceHealth no podrá restringir la divulgación de información de mi salud a mi plan de salud. (I understand that, if I am requesting restriction on disclosures to my health plan, I must pay in full for the specified service(s) or PeaceHealth cannot restrict disclosures of my health information to my health plan.)

Firma del Paciente o representante legal/personal (Signature of Patient or legal/personal representative) _____ Fecha (Date) _____
Relación con el paciente/autoridad: (Relationship to patient/authority:) _____

FOR PEACEHEALTH USE ONLY (Sección para uso de PeaceHealth solamente)

Routing: Restrictions on disclosures to health plans - HIM; all others to Regional Privacy Officer

Restriction Accepted Restriction Denied (reason): _____

Patient counseled re: potential effects of restrictions _____

Patient/Personal Representative notified of restriction decision by: _____

Signature	Title	EMR#	Date	Time
-----------	-------	------	------	------