

A nuestros pacientes:

Bajo las regulaciones federales de privacidad usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga su información médica. Aquí hay algunas cosas que usted debe saber sobre este derecho y cómo PeaceHealth lo administra:

- Exceptuando las restricciones sobre las divulgaciones a su plan de salud como se describe 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 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 pagar por sus propios medios completamente por los artículos de cuidado de salud o los 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 estadías 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 restringir una divulgación a su plan de salud por un artículo o servicio suministrado durante una estadía como paciente interno en el hospital, usted deberá pagar por completo por toda su estadía en el hospital.
 - Si usted paga por completo por un servicio de diagnóstico, como un análisis de laboratorio o examen de radiología, y solicita una restricción de divulgación a su plan de salud, ciertamente no enviaremos un reclamo de pago a su plan de salud. 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.

Date received by HIM or PFS: _____

Apellido:	Primer nombre:	2° nombre:
Dirección:	Teléfono:	
Ciudad, Estado, Código postal:	Fecha de nacimiento:	

Solicito que se aplique la siguiente restricción a mi información de salud protegida:

- Usos por o divulgación a individuos o entidades (con excepción de divulgación a mi plan de salud como es descrito abajo)

Información que debe restringirse:
Los individuos que han de ser restringidos del uso o divulgación de mi información de salud protegida incluyen a:
Marco de tiempo de la restricción: (Desde) _____ (hasta) _____

- 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"

Descripción del artículo o servicio:	
Fecha(s) del servicio:	Número de cuenta:
<input type="checkbox"/> Restricción rescindida debido a la falta del pago completo por los servicios. Fecha: _____ Iniciales: _____	

Entiendo que, si solicito una restricción de divulgaciones a mi plan de salud, debo de pagar por completo el/los servicio(s) especificados, o PeaceHealth no podrá restringir la divulgación de información sobre mi salud a mi plan de salud.

Firma del paciente/Persona autorizada a firmar por el paciente – Parentesco Fecha Hora

Sólo para uso de PEACEHEALTH 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
-----------	-------	------	------

Patient Identification

PeaceHealth
Request for Restriction of Protected Health Information - Spanish
Page 2 of 2

SYS1000-S (6/29/16)