

623 Solicitud para restricciones sobre la Información de Salud Protegida 623 REQUEST FOR RESTRICTIONS ON PHI

El completar esta forma NO garantiza que la solicitud haya sido aprobada. Debe llamar al Oficial de Privacidad dentro de las próximas 24 horas durante horas laborales. Recibirá el rechazo o la aprobación por escrito con una explicación cuando sea apropiado.

Completion of this form does not guarantee that the request has been granted. You must call the Privacy Officer within 24 hours during regular business hours. You will receive written denial or approval with an explanation when appropriate.

Este formulario debe ser completado cuando el paciente indique que quiere tener restricciones en el uso o la divulgación de su información de salud. Permita una cantidad de tiempo razonable para que se procese esta solicitud. Nota: Esta solicitud para restricciones se aplicará solamente a la visita especificada.

This form should be completed when the patient has indicated that he would like to have restrictions on the use or disclosure of his individual health information. Allow a reasonable amount of time to process this request.

Note: This request for restrictions will only apply to the specific visit.

Nombre completo del paciente (en letra de molde): _____
Patient's Full Name (Print)

Fecha de nacimiento: _____ # de SS (opcional) _____
Date of Birth SS# (Opcional)

Fecha del servicio _____ # del Paciente _____
Date of Service Patient #

Dirección postal _____
Mailing Address

Ciudad / Estado / Código Postal _____
City/State/Zip

de teléfono para notificar al paciente (si desea que este número sea confidencial, dé un número donde uno pueda comunicarse con usted) _____
Phone # to Notify Patient (if you wish this to be confidential, give a number where you can be reached)

Restricción(es) solicitada(s) (sea específico(a)) [] Pagar el monto total* [] Otro: _____
Restriction(s) Requested (be specific) Pay in full* Other

____ Paciente o ____ representante autorizado (Nombre completo en letra de molde) _____
Patient or Authorized Representative (Print name)

Firma de la persona que está presentando esta solicitud _____
Signature of Person Submitting Request

Fecha _____
Date

Esta disposición podría no ser aplicable a la atención brindada a un individuo en una emergencia.
This provision may not apply to health care provided to an individual on an emergency basis.

**El paciente es responsable de todos los honorarios profesionales de los médicos asociados con el cuidado que reciba (médico del Departamento de Emergencia, radiólogo, patólogo, etc.). Comprendo que, como paciente, soy responsable de informar a los profesionales que me brinden servicios subsiguientes acerca de la restricción y de comunicarme con cada uno de ellos para hacer el pago en su totalidad.*

**Patient is responsible for all possible physician professional fees associated with care (Emergency Department physician, radiologist, pathologist, etc.).
I understand that as the patient I am responsible for telling subsequent providers of the restriction and to contact each to pay in full.*

Se debe entregar una copia de este formulario al paciente
A copy of this form should be given to the patient.

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE / OFFICE USE ONLY: _____

Empleado que recibió la solicitud (en letra de molde) _____ # de teléfono _____
Employee Receiving Request (PRINT) Phone

Departamento / Department _____ Fecha / Date: _____

Presentar al Oficial de Privacidad, de teléfono 256-265-9257 fax 256-265-4477
Submit to Privacy Officer, Phone 256-265-9257 Fax 256-265-4477

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ / Date Received: _____

REVISADO POR / Reviewed by: _____ OFICIAL DE PRIVACIDAD / Privacy Officer
_____ DIRECTOR DE EXPEDIENTES MÉDICOS / Medical Records Director _____ COMITÉ DE CUMPLIMIENTO / Compliance Committee

COMENTARIOS / Comments: _____

____ APROBADA / Approved

____ RECHAZADA / Denied

FIRMA / Signature

FECHA / Date

07/12, 09/13, 01/19
Form # NS 285893 SP



ROI623