

Solicitud del paciente para restringir el uso o la divulgación de Información médica protegida

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Ciudad/estado/código postal: _____
Número de teléfono de acceso más frecuente: _____	

Marque la opción que considere correcta:

A. Solicito que AdvantageCare Physicians restrinja el uso o la divulgación de mi información médica **a mi plan de salud** de la siguiente manera:

Describa la información que desea que quede restringida, incluida una fecha de servicio específica:

Nota: Esta restricción es válida únicamente para elementos y servicios que se pagan de bolsillo por completo en el momento de la prestación del servicio.

B. Solicito que AdvantageCare Physicians restrinja el uso o la divulgación de mi información médica de la siguiente manera: _____

Comprendo que la información detallada en mi historia clínica puede incluir información de carácter confidencial. Las leyes estatales y federales protegen esta información confidencial. Si el tipo de información se aplica a su caso, **marque la información que desea que quede restringida**. Proporcione la fecha o las fechas si corresponde.

<input type="checkbox"/> _____ Registros sobre abuso de alcohol, drogas o sustancias:	Fecha(s): _____
<input type="checkbox"/> _____ Resultados de pruebas de VIH/SIDA:	Fecha(s): _____
<input type="checkbox"/> _____ Registros de salud mental:	Fecha(s): _____
<input type="checkbox"/> _____ Registros de enfermedades de transmisión sexual:	Fecha(s): _____
<input type="checkbox"/> _____ Registros genéticos:	Fecha(s): _____
<input type="checkbox"/> _____ Registros de investigaciones:	Fecha(s): _____

Enumere las personas o las entidades específicas a las cuales desea que se aplique esta restricción:

Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____

Solicitud del paciente para restringir el uso o la divulgación de Información médica protegida

Al firmar este formulario de autorización que permite restringir el uso o la divulgación de mi información médica, yo comprendo que:

- **Las restricciones a un plan de salud** son válidas únicamente para elementos y servicios que hayan sido pagados de bolsillo por completo. AdvantageCare Physicians no enviará una reclamación al plan de salud por servicios que usted haya pagado de bolsillo por completo en el momento de la prestación del servicio. Necesito notificar al representante de Servicio al Paciente (PSR) al presentarme para la visita a la cual deseo restringir el uso o la divulgación de mi información al plan de salud, pagar por el servicio por completo ("pago propio"), completar la información solicitada en el apartado "A" anterior y devolver el formulario al representante de Servicio al Paciente en ese momento. Comprendo que AdvantageCare Physicians garantizará solicitudes de restricción a planes de salud únicamente si el servicio ha sido pagado por completo.
- **Las restricciones a individuos (familiares u otras personas) o entidades (excluidos los planes de salud)** exigen que se complete el formulario, según corresponda. AdvantageCare Physicians evaluará la información para determinar si se hará lugar a la solicitud y me notificará en un plazo de 60 días desde la recepción de la solicitud de restricción.
- Tengo el derecho de revocar o modificar la restricción en cualquier momento. La solicitud debe hacerse por escrito y debe presentarse ante el consultorio médico correspondiente de AdvantageCare Physicians. O bien, se debe enviar por correo postal al director de Administración de Información de Salud a la siguiente dirección: 55 Water Street, 12th Floor Rm 12G09, New York, NY 10041.
- Las restricciones no se aplicarán en el caso de información que ya haya sido usada o divulgada como parte de tratamientos, pagos u operaciones de AdvantageCare Physicians o en virtud de mis autorizaciones previas a personas o entidades identificadas en el momento de completar este formulario.
- A menos que sea revocada o modificada, esta restricción caducará en la siguiente fecha (o evento o condición): _____ . Si no especifico una fecha (o un evento o una condición) de vencimiento, esta autorización caducará 6 meses después de la fecha de su firma. Las restricciones a planes de salud no caducan a menos que yo las revoque o modifique.
- Comprendo que la firma de esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no pueden verse condicionados por el hecho de firmar o no esta autorización.

Firma del paciente o del representante autorizado

Fecha

Nombre del paciente o del representante autorizado en letra de imprenta

Autoridad o relación del representante autorizado con el paciente

Puede entregar los formularios completos directamente al PSR en el momento en que usted reciba el servicio.

O bien, puede enviarlos por correo postal a la siguiente dirección:

Privacy Officer, 55 Water Street, 12th Floor, Rm 12H92, New York, NY 10041

Para uso de AdvantageCare solamente

Fecha de recepción: (DD/MM/AA) ___/___/___

Recibido por (en letra de imprenta): _____

Escaneado por el consultorio médico para HIM

Resolución de la solicitud: ___ Otorgada ___ Denegada (Notificar al solicitante)

Motivo del rechazo: _____

En caso de rechazo, se notificó al solicitante (DD/MM/AA) ___/___/___