

Solicitud del paciente para restringir el uso o divulgación de información de salud confidencial

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

N.º de teléfono para comunicarse rápido: _____

Marcar la casilla correspondiente:

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

Describe la información que deseas restringir, incluida la fecha específica de los servicios:

Nota: esta restricción solo es válida para artículos o servicios pagados del bolsillo en su totalidad en el momento en que se presta el servicio.

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

Entiendo que la información de mi historial clínico puede incluir información relacionada con datos sensibles. Las leyes estatales y federales protegen estos datos sensibles. Si corresponde, **marca la información que te gustaría restringir**. Incluye las fechas, si procede.

_____ Historiales de abuso de sustancias, alcohol o drogas ilícitas: Fecha(s): _____

_____ Resultados/pruebas de sida o VIH: Fecha(s): _____

_____ Historiales de salud mental: Fecha(s): _____

_____ Historiales de enfermedades de transmisión sexual: Fecha(s): _____

_____ Historiales genéticos: Fecha(s): _____

_____ Historiales de investigación: Fecha(s): _____

Enumera las personas o entidades específicas a las que deseas que se aplique esta restricción:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Solicitud del paciente para restringir el uso o divulgación de información de salud confidencial

Al firmar este formulario de autorización para restringir el uso o la divulgación de mi información médica, comprendo lo siguiente:

- **Las restricciones a un plan de salud** solo son válidas para artículos o servicios que se hayan pagado en su totalidad y del bolsillo. AdvantageCare Physicians no presentará una reclamación al plan de salud por los servicios que tú hayas pagado en su totalidad en el momento en que se prestó el servicio. Debo notificar al representante de servicio al paciente (PSR, por sus siglas en inglés) cuando me presente a la visita que deseo restringir el uso o la divulgación de mi información al plan de salud, pagar los servicios en su totalidad (“pago por cuenta propia”), completar la información solicitada en el punto “A” más arriba y devolverla al PSR en ese momento. Entiendo que AdvantageCare Physicians concederá solicitudes de restricciones a los planes de salud solo si el servicio ha sido pagado en su totalidad.
- **Las restricciones a individuos (miembros de la familia u otros) u otras entidades (excluyendo los planes de salud)** requieren que se complete el formulario, según corresponda. AdvantageCare Physicians evaluará la información para determinar si se concederá o no la solicitud y me notificará dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la solicitud de restricción.
- Tengo el derecho a revocar o modificar la restricción en cualquier momento. La solicitud debe hacerse por escrito y presentarse en el consultorio médico de AdvantageCare Physician correspondiente o enviarse por correo al director de Administración de Información de Salud a la siguiente dirección: 55 Water Street, 12th Floor Rm 12G09, New York, NY 10041.
- No se aplicarán restricciones a la información que ya se haya utilizado o divulgado como parte del tratamiento, pago u operaciones de AdvantageCare Physicians o de conformidad con autorizaciones previas mías a las personas o entidades identificadas en el momento de completar este formulario.
- A menos que se revoque o modifique, esta restricción vencerá en la siguiente fecha/situación/condición:
_____ Si no especifico una fecha de vencimiento/situación/condición, esta autorización vencerá 6 meses después de la fecha de la firma. Las restricciones a los planes de salud no vencen, a menos que revoque o modifique la restricción.
- Entiendo que la firma de esta autorización es un acto voluntario. Firmar esta autorización no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra imprenta del paciente o representante autorizado

Parentesco con el paciente o autoridad del representante autorizado

**Los formularios completados se pueden entregar directamente al PSR en el momento del servicio o enviar por correo a:
Privacy Officer, 55 Water Street, 12th Floor, Rm 12H92, New York, NY 10041**

Para uso de AdvantageCare únicamente

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

Recibido por (en letra imprenta): _____

Escaneado a la Administración de Información de Salud por el consultorio médico

Resolución de la solicitud: ____ Concedida ____ Denegada (notificar al solicitante)

Motivo de la denegación: _____

Si la solicitud es denegada, se notifica al solicitante el (MM/DD/AA) ____/____/____