

**SOLICITUD DEL PACIENTE PARA RESTRINGIR O LIMITAR EL USO Y LA DIVULGACIÓN  
DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**AVISO:** La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud ("HIPAA", por sus siglas en inglés) de 1996 y la Ley de Informática Aplicada al Campo de la Salud ("HITECH", por sus siglas en inglés) le permite solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su información de salud protegida ("PHI", por sus siglas en inglés). Llene este formulario para describir las restricciones o limitaciones que solicita. No estamos obligados a cumplir su solicitud, a menos que lo estipule la ley. Si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud a menos que se necesite la información para proporcionarle atención de emergencia.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

Solicito que se restrinja la divulgación de la siguiente información de salud protegida.

\_\_\_\_\_

Deseo limitar o restringir la divulgación de mi información de salud protegida a las siguientes personas o entidades:

\_\_\_\_\_

El motivo de la limitación o restricción a la divulgación de mi información es:

\_\_\_\_\_

**Comprensión y reconocimiento**

Reconozco que se me dio una explicación de cómo se usará y divulgará mi información de salud protegida. Comprendo que INTEGRIS puede negarse a cumplir mi solicitud para restringir o limitar la divulgación de mi información de salud protegida, a menos que lo exija la ley. Comprendo que puedo revocar esta solicitud en el futuro si firmo la siguiente declaración de revocación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Revocación de la solicitud del paciente para limitar o restringir la divulgación de la información de salud protegida**  
**Revoco esta solicitud para limitar o restringir la divulgación de la información de salud protegida, a partir de la fecha indicada a continuación.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

El formulario completo se puede enviar por fax a INTEGRIS Health Information Management al 405-552-8773, por correo a 3366 NW Expressway, Bld D Ste. C20 Oklahoma City, OK 73112, o por correo electrónico a Healthinfomanagement@integrisok.com. Si tiene preguntas, llame al 877-778-7211.

Patient Label  
Patient Name:  
MRN:  
DOB: