
Este formulario está destinado a la solicitud de un individuo de restringir el uso o la divulgación de información de salud protegida. Imprima y complete todos los campos obligatorios.

Individuo que solicita la restricción

Nombre: _____

Domicilio _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Número de identificación: _____ Fecha de nacimiento: _____
del paciente

Usted tiene derecho a solicitar que Island Hospital restrinja el uso o la divulgación de su información de salud protegida. Island Hospital procurará honrar su solicitud, aunque no estamos obligados legalmente a hacerlo, con excepción de un proveedor que anteriormente le haya prestado atención médica. Si aceptamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito.

Incluso si aceptamos su solicitud, podemos continuar utilizando o divulgando la información restringida en las siguientes situaciones:

- En el caso de una emergencia médica en la cual la información sea necesaria para su tratamiento.
- Cuando usted nos autorice por escrito el uso o la divulgación de la información.
- Cuando la ley exija el uso o la divulgación.

Puede poner fin a la restricción en cualquier momento notificándonos por escrito. Podemos poner fin al acuerdo en cualquier momento enviándole una notificación por escrito. Si está de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a la restricción, su información de salud protegida ya no estará sujeta a tal restricción. Si no está de acuerdo, nuestra interrupción de la restricción se aplicará solo a la información de salud protegida que recibamos después de haberlo notificado de tal interrupción.

Indique a continuación la información de salud protegida que desea restringir:

Indique el tipo de restricción que desea aplicar y el motivo de la solicitud:

Solicito que Island Hospital restrinja el uso o la divulgación de mi información de salud protegida como se especifica anteriormente. Comprendo que Island Hospital no tiene la obligación de estar de acuerdo con la solicitud, y que no habrá un acuerdo a menos que Island Hospital me notifique por escrito que acepta la solicitud.

FIRMA: _____ FECHA: _____

(Si la firma pertenece a un representante personal, complete la siguiente información).

Nombre del representante personal: _____

Vínculo con el miembro: ____Padre/madre ____Tutor legal* ____Apoderado*



Procesamiento de solicitud de restricción: a completar por el funcionario de Privacidad u otro individuo autorizado

Fecha de recepción de la solicitud de restricción: ____/____/____

Fecha de comunicación al funcionario de Privacidad: ____/____/____

Acción para determinar si se acepta o se rechaza una solicitud de restricción: _____

Respuesta a la solicitud de restricción: a completar por el funcionario de Privacidad u otro individuo autorizado

Solicitud denegada el ____/____/____ mediante carta de Denegación de la solicitud de restricción con acuse de recibo enviada al individuo.

Solicitud aceptada el ____/____/____ mediante carta de Aceptación de la solicitud de restricción con acuse de recibo enviada al individuo.

Unidades de la empresa y socios comerciales a quienes se les notificó sobre la limitación aceptada:

FIRMA.

Certifico que la información indicada anteriormente es correcta.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Cargo: _____



ISLAND HOSPITAL

DENEGACIÓN DE SOLICITUD DE RESTRICCIÓN

{FECHA}

{NOMBRE DEL INDIVIDUO}

{DOMICILIO DEL INDIVIDUO}

Estimado/a {INDIVIDUO}:

Rechazamos su solicitud del día ____/____/____ respecto de la restricción de nuestro uso o divulgación de su información de salud protegida. Esto significa que tendremos permitido usar o divulgar la información de salud protegida que generemos, recibamos o conservemos sobre usted de conformidad con nuestra Notificación de prácticas de privacidad que le entregamos.

[OPCIONAL: Hemos rechazado su solicitud por el siguiente motivo: _____.]

Si tiene preguntas o desea analizar la denegación de su solicitud de restricción, comuníquese con {OFICINA O PERSONA DE CONTACTO} al {INFORMACIÓN DE CONTACTO}.

Atentamente,

Island Hospital

Por:

Funcionario de Privacidad



ISLAND HOSPITAL

ACEPTACIÓN DE SOLICITUD DE RESTRICCIÓN

{FECHA}

{NOMBRE DEL INDIVIDUO}

{DOMICILIO DEL INDIVIDUO}

Estimado/a {INDIVIDUO}:

Aceptamos restringir nuestro uso o divulgación de su información de salud protegida de conformidad con su solicitud con fecha del ____/____/____. No usaremos ni divulgaremos la información de salud protegida que usted identifique en su solicitud contraria a la restricción que haya solicitado, siempre que este acuerdo permanezca vigente, *excepto* que podemos usar o divulgar la información restringida en una emergencia médica adecuada, en la cual la información sea necesaria para su tratamiento, o cuando usted nos autorice a usar o divulgar la información por escrito o cuando lo exija la ley.

Puede poner fin a este acuerdo de restricción en cualquier momento notificándonos por escrito. Podemos poner fin a este acuerdo de restricción en cualquier momento enviándole una notificación por escrito. Si está de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a este acuerdo de restricción, su información de salud protegida ya no estará sujeta a tal restricción. Si no está de acuerdo, nuestra rescisión del acuerdo de restricción se aplicará solo a la información de salud protegida que recibamos después de haberlo notificado de tal rescisión.

Si tiene preguntas o desea recibir más información, comuníquese con el oficial de Privacidad al {INFORMACIÓN DE CONTACTO}.

Atentamente,
Island Hospital

Por:

Funcionario de Privacidad

[Para uso interno o comunicaciones con socios comerciales por parte de Island Hospital]

ISLAND HOSPITAL

NOTIFICACIÓN DE RESTRICCIÓN DE USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Para _____

De: Island Hospital

{INDIQUE EL NOMBRE Y LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD}

El día ___/___/___, nuestra Empresa accedió a una solicitud de restricción por parte del individuo mencionado a continuación de nuestro uso o divulgación de la siguiente información de salud protegida:

La restricción que se aplica a la información de salud protegida mencionada anteriormente es:

Usted debe asegurarse de que la información de salud protegida mencionada anteriormente no se use ni se divulgue de forma tal que infrinja la restricción anterior. Si la restricción se modifica o se retira, se lo notificaremos por escrito. Si tiene preguntas, no dude en ponerse en contacto conmigo.

Atentamente,

Oficial de Privacidad

Fecha: _____

Individuo que solicita la restricción:

Nombre: _____

Domicilio _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Número de identificación: _____ Fecha de nacimiento: _____
del paciente