



SOLICITUD DE RESTRICCIONES DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: (C) _____ (T) _____ N.º de registro médico: _____

Solicito una restricción de uso y divulgación de mi información médica protegida de la manera que se describe a continuación. Entiendo que The MetroHealth System (MHS) puede rechazar esta solicitud. Entiendo que, si se acepta, MHS documentará esta restricción de la mejor manera dentro de los registros controlados por MHS. Si se acepta mi solicitud, entiendo que la restricción no aplicará en el caso de una emergencia. Esta solicitud entrará en vigor indefinidamente a menos que se indique lo contrario.

La(s) restricción(es) que solicito son para episodios de atención médica pagados por mí de mi bolsillo antes del día hoy.

O

La(s) restricción(es) que solicito corresponden a mi episodio de atención médica que ocurrió hoy. Hoy estoy pagando el depósito requerido de \$250 y entiendo que soy financieramente responsable por el saldo de este episodio de atención médica de acuerdo con las prácticas de facturación habituales de MHS.

Las fechas de la información médica específica que se restringirá: _____

Condiciones específicas que se restringirán: _____

El plan de salud cuyo uso/divulgación está restringido: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del representante personal (si corresponde): _____

Firma del representante personal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Envíe el formulario completo a HIPAAprivacy@metrohealth.org o envíelo por correo postal a The MetroHealth System, 2500 Metrohealth Drive, T142, Cleveland, OH 44109

For The MetroHealth System use only:

Date Request Reviewed: _____

ICD-10 diagnosis code(s) family (first three digits) for restriction: _____

Position Titles of Reviewers: _____

Request is: Approved Denied Reason for Denial: _____

Final Action Taken: _____

Flagged in electronic record: Completed

Privacy Officer's/Designee's Signature: _____ Date: _____