



**SOLICITUD DE LIMITACIÓN DEL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD
PROTEGIDA (“PHI”)**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de identificación de miembro: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Describe su solicitud en detalle, incluidas las fechas, el tipo de expediente y cuáles usos o divulgaciones desea limitar. Adjunte información adicional si es necesario.

AVISO: La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (“HIPAA”) le permite solicitar que se limite el uso o divulgación de su información de salud protegida (“PHI”). No tenemos la obligación de conceder todas sus solicitudes. Utilice este formulario para describir la limitación que está solicitando. De aceptarse, la solicitud de limitar el uso o divulgación de su PHI entrará en vigencia en la fecha en que se firme este formulario, pero no se aplicará a ningún uso o divulgación que hayamos realizado antes de esta fecha.

Entendimiento y aceptación

Acepto que la limitación o restricción que estoy solicitando puede ser rechazada por los motivos que permite la HIPAA. Si estoy presentando esta solicitud en nombre de otra persona, certifico que soy el representante personal legalmente autorizado de tal persona y que estoy solicitando esta limitación o restricción de buena fe y en beneficio de la persona afectada. Entiendo que GlobalHealth puede solicitar documentación donde se constate la autoridad legal de representación personal del miembro mencionado anteriormente, lo que incluye, entre otros, un poder durable de atención médica.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente o miembro

Para uso exclusivo de la institución:

Fecha de recepción: _____

La restricción ha sido: Aceptada Rechazada

Representante de GlobalHealth

Fecha