|  |  |
| --- | --- |
| Enviar Aprobación a: | |
| [X] | Facturación |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ou-logo | **Universidad de Oklahoma** |  |
|  |  |

**Solicitud de Restricciones sobre el Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud— Centro de Ciencias de la Salud**

**Request for Restrictions on Use and Disclosures of Protected Health Information—Health Sciences Center**

**NOTIFICACIÓN PARA EL PACIENTE:** Su solicitud para una restricción sobre el uso y divulgación de su información protegida de salud es aplicable solo para la información mantenida por el Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Oklahoma (UO). Si desea solicitar una restricción sobre el uso y divulgación de su información protegida de salud mantenida por cualquier otra entidad de la Universidad, debe presentar una solicitud por separado para ese prestador. (Esta solicitud solo es aplicable para los usos y las divulgaciones realizadas por parte del Centro de Ciencias de la Salud de la UO.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido: | | |  | | | Nombre: | | |  | | | Segundo Nombre: | | | |  | |
| Otros Nombres Usados: | | | |  | | Fecha de Nacimiento: | | | |  | | | | | | | |
| Dirección: | |  | | | | Ciudad: | |  | | | Estado: | |  | | C.P.: | |  |
| Teléfono Particular: | ( ) | | | | Teléfono Alternativo: | | | ( ) | | | Teléfono Móvil: | | | ( ) | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| Por la presente, solicito la restricción en el uso y/o divulgación de mi información protegida de salud mantenida o creada por los siguientes prestadores del Centro de Ciencias de Salud de la UO: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Información Cubierta:** | | | | | | | **Restricción:** | | | | | | | | | | |
| Expediente Médico Completo \* | | | | | | | No divulgar a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Informes Patológicos/ de Laboratorio para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Registros de Facturación para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | No Facturar a\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* Se le solicitará que abone el total de los servicios médicos al momento de ser prestados. | | | | | | | | | | |
| **Mi solicitud aplica a la información sobre servicios de atención de salud que ocurrieron (marque una opción e indique la/s fecha/s).** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 En la siguiente fecha de servicio solamente (indicar fecha): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, o | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Desde la fecha de servicio (indicar fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hasta que yo indique lo contrario, o | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Desde fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hasta fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del Prestador Médico:** | | | | | | | **Departamento/Clínica:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |

**Aviso:** Aún si se concede la restricción solicitada, no puede evitar divulgaciones por completo, ni evitará divulgaciones requeridas o permitidas por ley. Las divulgaciones también se pueden hacer en caso de emergencia.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  | |  | |  |
| **Firma del Paciente, Padre, o Representante Legal Autorizado \*** | |  | **Relación con el Paciente** | |  | | **Fecha** | |

**\* Se podrá solicitar documentación que lo acredite como representante legal.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA: | | | |  | | | | | | |  |
|  | **SOLICITUD APROBADA** | |  | **SOLICITUD RECHAZADA\*\*** | | |  | | | | |
|  |  | |  | Demasiado costoso para dar lugar a la solicitud | | |  | Puede impedir un tratamiento eficaz | | | | |
|  |  | |  | No es práctico administrativamente llevar a cabo la solicitud\* | | |  | Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  |
| Por: | | |  | | |  |  | | |  |  | | | |
| Firma del/a Clínica/Departamento | | |  | Cargo | | | | Fecha | | | |

\*\*La solicitud no puede rechazarse si dicha solicitud se presenta para restringir la divulgación de información sobre un plan de salud para el pago o para propósitos operativos de atención médica y la divulgación se refiere a un servicio cuyo pago total a cargo del interesado y adeudado al prestador, ha sido cancelado.

University of Oklahoma Health Sciences Center, University Privacy Official, P. O. Box 26901, Oklahoma City, OK 73129