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

**Solicitud de Restricciones sobre el Uso y la Divulgación de Información Protegida de Salud a Empresas de Seguros**

**Request to Restrict Use and Disclosures of Protected Health Information to Insurance Companies**

**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: | | | | |  | | | | Código Postal: | | | |  | |
| Teléfono Particular: | | | ( ) | | | | Teléfono Alternativo: | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | Teléfono Móvil: | | | | | | | | ( ) | | | |
| Empresa de Seguros: | | | | |  | | | | | | | | | | | | Nombre del proveedor: | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| N.º de Identificación de Miembro: | | | |  | | | | | | | | | | | | | N.º de Identificación de Grupo/Proveedor: | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Fecha(s) del Servicio Cubierto por Solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Servicio(s)/Tratamiento(s) que No se Divulgarán a Mi Aseguradora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Solicito que los servicios/tratamientos indicados anteriormente no se divulguen a la aseguradora mencionada.  Acuerdo pagar de mi bolsillo y en su totalidad los servicios/tratamientos indicados anteriormente al momento de realizarse, o hacer que alguien los pague en mi nombre en dicho momento. Entiendo que, si no lo hago, el proveedor facturará a mi aseguradora por los servicios/tratamientos.  Entiendo que mi solicitud puede afectar las futuras aprobaciones o los futuros pagos de tratamientos por parte de mi aseguradora.  Entiendo que el proveedor mencionado anteriormente no está obligado a notificar a otros proveedores sobre la restricción, y es mi responsabilidad solicitar la restricción sobre la divulgación de otros proveedores, incluidos laboratorios y farmacias.  Entiendo que esta restricción no se aplica a servicios/tratamientos futuros, y que es mi responsabilidad solicitar dichas restricciones.  Entiendo que no se le requerirá al proveedor mencionado anteriormente que respete esta restricción si la ley le exige la divulgación de esta información o si el pago de su bolsillo no cubre la totalidad de los servicios al momento de la prestación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| **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: | | | | | | |  | |
| **Enviar Aprobación a:** | |  |  | **Completar todo** | |  | |
| [X] | Facturación |  |  |  | Pago Recibido al Momento del Servicio | | |
|  |  |  |  |  | Facturación Notificada para No Cobrar al Seguro | | |
|  |  |  |  |  | Otra Notificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |
| --- |
|  |
|  |
| Por: | | | |  |  |  |  |  |
| Firma del/a Clínica/Departamento | |  | Cargo | | Fecha |