

Complete la siguiente información:

Nombre legal completo del paciente	Fecha de nacimiento	N.º de historia clínica
Dirección postal	Número de teléfono	
Fechas asociadas con la información que se restringirá (por ejemplo, fecha de la visita al consultorio, del tratamiento o de otros servicios de atención médica).		
Solicito que se restrinja la siguiente información médica que figura en mi historia clínica o en mi registro de facturación (por ejemplo, resultados de análisis de laboratorio y notas del médico):		
¿Cuál es su motivo para realizar esta solicitud? (Opcional)		
Derechos del paciente: Roper St. Francis Healthcare (RSFH) debe permitirles a los pacientes que soliciten restricciones de su información médica protegida (protected health information, PHI). Los pacientes pueden solicitar usos y divulgaciones de la PHI para operaciones de tratamiento, pago y atención médica; divulgaciones a un familiar, una persona cercana, un amigo o cualquier otra persona identificada por el paciente; y divulgaciones de la PHI para notificarle o ayudar a notificarle a un familiar, un representante personal u otra persona responsable por la atención del paciente, el lugar donde se encuentra el paciente, su condición general o su fallecimiento. Todo lo solicitado debe presentarse por escrito.		
Responsabilidades de RSFH: RSFH no tiene la obligación de conceder más restricciones y no puede conceder restricciones que impliquen una violación de la ley. Si aceptamos la restricción, cumpliremos con ella, a menos que usted solicite finalizar la restricción o que le notifiquemos que finalizamos el acuerdo. Si requiere tratamiento de emergencia, podemos divulgar la información restringida sin su consentimiento, si esto es necesario para proporcionar dicho tratamiento.		
Nombre del paciente o del representante legal en letra de imprenta	Si es el representante legal, cuál es la relación con el paciente	
Firma del paciente o del representante legal	Fecha	
ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE ROPER ST. FRANCIS		
RESOLUCIÓN SOBRE LA SOLICITUD DEL PACIENTE: la anterior solicitud de restricción de la PHI se ha: Concedido _____ Rechazado _____ Motivos para el rechazo, si corresponde:		
Firma del administrador de historias clínicas de RSFH	Fecha	
Dirección postal	Número de teléfono	

