

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA LA RESTRICCIÓN DEL USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	N.º de expediente médico
----------	--------	-----------------------------------	--------------------------

Seleccione el centro del DHS para el que aplica esta solicitud de restricción

<input type="checkbox"/> Los Angeles General Medical Center	<input type="checkbox"/> Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center			
<input type="checkbox"/> Olive View Medical Center	<input type="checkbox"/> High Desert Regional Health Center			
<input type="checkbox"/> Harbor-UCLA Medical Center	<input type="checkbox"/> Martin Luther King, Jr. Outpatient Center			
<input type="checkbox"/> CHC/Health Center: _____				
<input type="checkbox"/> Otro: _____				
Nombre del centro	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

1. Entiendo que DHS puede usar o revelar mi información médica protegida ("PHI") para los propósitos y bajo las circunstancias descritas en el Aviso de prácticas de privacidad de DHS, y que, de lo contrario, DHS no debe usar o revelar mi PHI.
2. Entiendo que puedo solicitar que DHS se abstenga de hacer ciertos usos o revelaciones de mi PHI que la ley de otra forma permitiría. Específicamente, entiendo que puedo solicitar que DHS se abstenga de usar o revelar mi PHI para alguno de los siguientes propósitos:
 - a. Para mi tratamiento;
 - b. Para obtener el pago de los servicios que se me prestaron;
 - c. Para sus diferentes "operaciones de atención médica", como las define la ley federal;
 - d. Si soy paciente hospitalizado y no me opongo, para dar información muy limitada de dónde me encuentro y mi estado general del directorio del centro a las personas que pregunten por mí mencionando mi nombre y a miembros del clero;
 - e. Si no me opongo, a familiares, personas que participan en mi atención o en el pago de mi atención, y
 - f. Si no me opongo, a agencias de ayuda por desastre.
3. También entiendo que aunque tengo derecho de solicitar que DHS no haga una o más de estas revelaciones, DHS no tiene que aceptar mi solicitud.
4. Si nos pide que limitemos nuestros usos y revelaciones de su PHI incluso más de lo que la ley exige, y si aceptamos hacerlo, es necesario que cumplamos con ese acuerdo. DHS le informará por escrito si su solicitud de restricción se aprobó o denegó. Hasta que se tome una decisión, DHS seguirá usando y revelando su PHI según lo permita o exija la ley.
5. Por la presente solicito que DHS acepte limitar el uso o revelación de mi PHI de la siguiente manera:
 - a. La información que quiero que se proteja especialmente es:

- b. Quiero limitar:
 - El uso interno de esta información por DHS (es decir, la comunicación de esta PHI entre el personal de trabajo de DHS para otros propósitos legales).
 - La revelación externa de esta información por DHS, (es decir, la comunicación de esta PHI a personas u organizaciones externas a DHS, para otros propósitos legales).
 - Tanto el uso interno como la revelación externa de esta información.

NÚMERO DE UNIDAD DE REGISTRO MÉDICO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO/SEXO



T-HS1021

ARCHIVAR EN EL EXPEDIENTE MÉDICO

PÁGINA 1 DE 2

HS1021 (3-12)

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA LA RESTRICCIÓN DEL USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

c. Complete, solo si corresponde: no quiero que la siguiente persona/entidad reciba la información descrita en el párrafo 5(a) de arriba: _____

NOTA: Si LACDHS acepta la solicitud de restricción, podríamos seguir usando o revelando la información en las siguientes circunstancias:

- Si usted necesita tratamiento de emergencia y la información restringida es necesaria para prestarlo. En esta circunstancia LACDHS podría usar la información médica protegida restringida o podría revelar la información médica a un proveedor de atención médica para que le dé el tratamiento. Si la información médica protegida restringida se revela a otro proveedor de atención médica para su tratamiento de emergencia, LACDHS le pedirá al proveedor de atención médica que no siga usando ni revelando la información médica protegida.
- Para ciertas actividades de salud pública
- Para reportar abuso, descuido o violencia doméstica
- Para actividades de supervisión de agencias médicas, para efectos de cumplimiento de la ley y para funciones gubernamentales especializadas
- Para procedimientos judiciales o administrativos
- Para la identificación de difuntos a médicos forenses y examinadores médicos o para determinar la causa de muerte
- Para propósitos de obtención de órganos
- Para ciertas actividades de investigación
- Para programas de compensación de trabajadores
- Para usos o revelaciones que de otro modo exija la ley

d. Si se acepta una restricción adicional, podrá terminar si:

- Solicito o acepto la terminación por escrito
- Acepto verbalmente la terminación y se documenta el acuerdo verbal
- DHS me avisa que va a terminar el acuerdo. Si es así, la terminación solo es efectiva para la PHI que creó LACDHS o que recibió LACDHS después de avisarme de la terminación.

Firma del paciente o representante: _____ Fecha: _____

Si es representante, indique la relación: _____

Aprobado por: _____ Cargo: _____ Fecha: _____
Nombre del empleado

REVOCACIÓN DE LA RESTRICCIÓN

Firma del paciente o representante: _____ Fecha: _____

Si es representante, indique la relación: _____

Recibido por: _____ Cargo: _____ Fecha: _____
Nombre del empleado

NÚMERO DE UNIDAD DE REGISTRO MÉDICO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO/SEXO

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA LA RESTRICCIÓN DEL USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

