



SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Se le pide que complete este formulario porque usted pidió una restricción en la forma en que FIGHT usa o revela su información médica.

Derecho a pedir restricciones. Usted tiene derecho a pedir restricciones o limitaciones de la información médica que FIGHT usa o revela sobre usted para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

FIGHT no está obligado a aceptar la solicitud y es posible que FIGHT no pueda cumplirla. La excepción a esta regla es si usted pide que FIGHT restrinja las revelaciones a un plan médico si: (1) la revelación es con el fin de hacer operaciones de pago o de atención médica y no lo exige la ley, y (2) la información médica protegida se refiere solo a un artículo o servicio de atención médica que usted o alguien en su nombre, que no sea el plan médico, pagó a FIGHT en su totalidad.

Para pedir restricciones debe hacer su solicitud por escrito. Complete la siguiente información:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Qué información quiere limitar? \_\_\_\_\_

Describa cómo quiere restringir la información (puede seleccionar ambas opciones):

- Pido restringirle el uso de FIGHT de la información
o Describa los usos de la información que pide que se restrinjan: \_\_\_\_\_

- Pido restringir la revelación de información de FIGHT a las personas que se mencionan abajo
o Mencione las personas o entidades a las que pide que se les restrinjan las revelaciones: \_\_\_\_\_

Esta solicitud fue hecha por: \_\_\_\_\_
Nombre en letra de molde del solicitante: paciente o representante legal

Firma del paciente o del representante legal del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
(Debe completar el formulario antes de firmarlo.)

Nombre en letra de molde del representante legal del paciente: \_\_\_\_\_ Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente: \_\_\_\_\_

SOLO PARA USO INTERNO DE FIGHT
El personal debe enviar este formulario de solicitud por correo electrónico al director de Privacidad de FIGHT a privacy@fight.org, en el plazo de diez (10) días después de la recepción de la solicitud.

Este formulario se puede presentar en persona en cualquier Centro Médico Philadelphia FIGHT, por correo electrónico a privacy@fight.org, por fax 215-732-1145 Atención: Privacy Officer o por correo postal a Philadelphia FIGHT Privacy Officer, 1233 Locust St. 5th Floor, Philadelphia PA 19107.