

**SOLICITUD PARA LA LIMITACIÓN DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Propósito: Este formato se usa para solicitar la limitación del uso o divulgación de información de salud protegida para tratamiento, pago por servicios, operaciones de cuidado de salud, o a personas que están involucradas en el cuidado o pago de servicios de salud del individuo que solicita la restricción.

**SECCIÓN A: Persona que solicita la restricción de uso o divulgación de información:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social (opcional): \_\_\_\_\_

**AL SOLICITANTE: Favor de leer el siguiente texto y completar la información solicitada.**

Usted tiene derecho a solicitar que nosotros limitemos el uso o divulgación de su información de salud protegida para tratamiento, pago por servicios o para operaciones de cuidado de salud. Nosotros no estamos obligados a aceptar su petición. Si aceptamos honrar su petición, ésta se hará por escrito. Nosotros, a pesar de nuestro acuerdo, podremos usar o divulgar cualquier información que ha sido limitada cuando sea necesario en caso de emergencia, o cuando sea requerida o autorizada por ley.

Tanto usted como nosotros podemos terminar este acuerdo de limitación en cualquier momento mediante notificación por escrito. Si está de acuerdo con nuestra decisión de terminar el acuerdo, su información de salud ya no estará sujeta a la restricción. Si no está de acuerdo, la restricción no aplicará a la información de salud creada o recibida por nosotros después de la fecha de efectividad de la terminación del acuerdo.

**SECCIÓN B: Limitación solicitada.**

Favor de especificar qué información de salud protegida usted desea limitar su uso o divulgación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor de indicar la limitación que usted desea imponer a la información de salud protegida.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DE LA PERSONA. USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA PETICIÓN**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si este documento es firmado por un representante personal a nombre del asegurado, indique:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación con la persona: \_\_\_\_\_