



## Departamento de salud del condado de Jefferson

### Solicitud de restricción de uso y Divulgación de información médica protegida

#### Información del paciente

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección			Número de teléfono
Número de expediente médico (si lo sabe)		Fecha de solicitud	

**Solicito las siguientes restricciones sobre el uso y/o divulgación de mi información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Para restringir las divulgaciones a su plan de salud, debe pagar en forma privada los servicios en su totalidad en el momento del servicio.**

**Solicito las siguientes restricciones sobre el uso o divulgación de mi información médica protegida a un miembro de la familia, otro pariente u otra persona identificada, directamente relevante para la participación de esta persona en el cuidado o en el pago de la atención médica del individuo. Incluye el nombre, la dirección y la información de contacto de cada persona.**

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se usa o divulga mi información médica protegida para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica o como se divulga a los miembros de la familia y otras personas involucradas en mi cuidado. Entiendo que JCDH (por sus siglas en inglés) no está obligado a aceptar la(s) restricción(es) solicitada(s). Generalmente, si se me niega tendré la oportunidad de estar de acuerdo u objetar antes de que se hagan divulgaciones a las personas involucradas en mi cuidado. Si JCDH está de acuerdo, será obligatorio, excepto en el caso de tratamiento de emergencia. Si se divulga información restringida debido a mi tratamiento de emergencia, JCDH solicitará al proveedor que no siga usando y/o divulgando esa información.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor legal/representante del paciente\*

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Se le puede solicitar presentar evidencia de tutorial o representación legal.

Si se niega su petición, usted puede presentar una declaración de desacuerdo por escrito a Privacy Officer, Jefferson County Department of Health, 1400 6<sup>th</sup> Avenue South, Birmingham, AL 35233 o al correo electrónico [www.hipaaprivacyofficer@jcdh.org](mailto:www.hipaaprivacyofficer@jcdh.org).

Office Use (JCDH staff fax form to (205) 930-1305 or deliver to ROI Division)

Request Received By: \_\_\_\_\_ (signature) Dept: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Review Date: \_\_\_\_\_

Determination:

Restriction Accepted  Restriction Denied  Restriction Accepted in Part Date Restrictions Begin \_\_\_\_\_

If denied or partially accepted, reason: \_\_\_\_\_

Patient Notification Method \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (attach communication)

Approval Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## Departamento de salud del condado de Jefferson

### Solicitud de restricción de uso y Divulgación de información médica protegida

#### Información del paciente

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección			Número de teléfono
Número del expediente médico (si lo tiene)		Fecha de solicitud	

Por favor lea lo siguiente y complete la información solicitada:

Anulo mi solicitud anterior de restricciones de uso y divulgación de mi información médica protegida.

Entiendo que esta revocación no afectará las acciones tomadas de acuerdo con mi solicitud original para restringir el uso y la divulgación de información médica protegida antes de recibir esta revocación por escrito. También entiendo que cuando se eliminen mis restricciones de uso y divulgación del indicador de información de salud protegida, no se respetarán las restricciones solicitadas anteriormente

He leído las declaraciones anteriores y doy fe de que ya no necesito la restricción a la información de mi salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor legal/representante del paciente\*

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si es revocado por el tutor legal o representante personal, escriba su nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

\*Se le puede solicitar presentar evidencia de tutorial o representación del paciente.

Office Use (JCDH staff fax form to (205) 930-1305 or deliver to ROI Division)

Request Received By: \_\_\_\_\_ (signature) Dept: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Review Date: \_\_\_\_\_

Date Restriction Removed: \_\_\_\_\_

Patient Notification Method \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (attach communication)

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_