



## SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede usar y/o divulgar mi PHI para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, o divulgarla a los miembros de la familia y otras personas involucradas en mi atención. Entiendo:

- Es posible que Tryon Medical Partners **no** esté obligado a aceptar la(s) restricción(es) solicitada(s).
- Incluso si mi solicitud de restricción es denegada, generalmente tendré la oportunidad de estar de acuerdo u objetar antes de divulgaciones a las personas involucradas en mi cuidado.
- Si Tryon Medical Partners acepta una restricción solicitada, será vinculante para los encuentros específicos actuales y para el tratamiento, el pago o las operaciones comerciales futuras.

**En caso de situaciones de emergencia, no se aplicarán los acuerdos de restricción.**

**Para enviar:** (1) el formulario de devolución al consultorio de su médico de Tryon, (2) el formulario a través del portal del paciente, (3) el fax al (980) 890-8910 o (4) el correo a: Privacy Officer, Tryon Management Group, 5960 Fairview Road, Suite 500, Charlotte, NC 28210.

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

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_

**Telefono:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

### POR FAVOR, ESPECIFIQUE LA SOLICITUD:

Solicito restringir el uso y divulgación de mi información para el tratamiento, pago o fines relacionados con las operaciones que aquí se describen: \_\_\_\_\_

Solicito restringir el uso y la divulgación de mi información a la siguiente persona o entidad (proporcione el nombre de la persona y la relación, o el nombre de la entidad): \_\_\_\_\_

Solicito que se suspenda una restricción anterior acordada (describa la solicitud de restricción anterior y el plazo aproximado en que se presentó): \_\_\_\_\_

**Entiendo que completar este formulario no significa que esta solicitud haya sido aceptada. Esta solicitud será revisada por la Oficina de Cumplimiento de Privacidad de Tryon, y se me informará si se acepta esta solicitud.**

### FIRMA

Firma del paciente o representante autorizado\*\*

Fecha

Si no es paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

\*\* Debe proporcionar prueba de autoridad legal (excepto el padre del menor)

Solo para uso de Office de Cumplimiento de Privacidad:

ACEPTADO  DENEGADO Comentario: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante autorizado\*\*

Fecha