



Revocation/Restriction of Authorization to Release Protected Health Information (PHI)

Patients have the right to request restrictions or revoke prior authorizations for the use and disclosure of their PHI under 45 CFR §164.522 and §164.508. **The purpose of this form is to allow a patient or authorized personal representative submit this request for processing.**

Name of Patient _____ Date of Birth _____

Address _____ Phone _____

Restriction of Disclosures

I am requesting UHealth limit who can see or receive my health information. Please do NOT share my information with the following person or organization:

Name/Facility/Provider _____

Relationship to me or the patient _____

I want to restrict access to the following types of information:

☐ All medical records

☐ All billing records

☐ Only this information _____

understand that UHealth may not be able to approve this request if the disclosure is required by law or allowed under HIPAA for treatment, payment, or healthcare operations. If my request is approved, I'll receive written confirmation. If it's denied, I'll be notified in writing.

Revocation of Disclosure of Protected Health Information

I previously authorized the disclosure of my health information with:

Name/Facility/Provider _____

I no longer want this person/facility to receive my health information. I understand this revocation applies ONLY from the date UHealth approves this request and does NOT affect any information already shared.

By submitting this form, I hereby request UHealth to take the above action(s) (Revocation and/or Restriction) to health information of the patient named above.

Once completed, please email this form to HIMRestrictionRevocation@uhealth.org.

Name of patient (printed) _____ Relationship to patient _____

Signature of patient or legally authorized representative _____ Date _____ Time _____

CERTIFICATION OF INTERPRETER SERVICES

☐ Certification of Interpreter Services (if the patient's preferred language for health care is not English) - The information on this form and any explanations have been communicated to the patient using a qualified Medical Interpreter in the patient's preferred language, or by speaking to the patient as a Qualified Bilingual staff member.

For Health Information Management use only:

Date of receipt: _____

☐ PHI for the patient listed above was not **previously authorized** to recipient listed above.

☐ PHI for the patient listed above **cannot be restricted** to the requested recipient due to;

o HIPAA – TPO

o Requesting party not authorized to request.

o Other: _____

☐ Date requester notified of request determination: _____





Revocación/Restricción de la autorización para revelar información médica protegida (PHI)

Revocation/Restriction of Authorization to Release Protected Health Information (PHI)

Los pacientes tienen derecho a solicitar restricciones o a revocar autorizaciones previas para el uso y el acceso a su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) conforme a las secciones §164.522 y §164.508 del Título 45 del CFR. El propósito de este formulario es permitir que un paciente o un representante autorizado envíe esta solicitud para tramitarla.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Restricción para revelar información

Solicito a UCHealth que limite quién puede ver o recibir mi información médica. Por favor, **no** compartan mi información con la siguiente persona u organización:

Nombre/Centro/Profesional de la salud: _____

Relación conmigo o con el paciente _____

Quiero restringir el acceso a los siguientes tipos de información:

☐ todos los expedientes médicos

☐ todos los expedientes de facturación

☐ solo la siguiente información _____

Entiendo que es posible que UCHealth no pueda aprobar esta solicitud si la ley lo requiere o si HIPAA permite revelar la información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si se aprueba mi solicitud, recibiré una confirmación por escrito. Si se rechaza, se me notificará por escrito.

Revocación del acceso a la información médica protegida

Anteriormente autorice que se revele mi información de médica a:

Nombre/Centro/Profesional de la salud: _____

Ya no deseo que esta persona o institución reciba mi información médica. Entiendo que esta revocación se aplica **únicamente** a partir de la fecha en que UCHealth apruebe esta solicitud y **no** tiene efecto sobre ninguna información que ya haya sido entregada.

Por la presente solicito que, al enviar esta solicitud, UCHealth lleve a cabo la(s) acción(es) antes indicada(s) (Revocación o Restricción) con respecto a la información médica del paciente mencionado anteriormente.

Una vez completado, por favor envíe esta solicitud por correo electrónico a HIMRestrictionRevocation@uchealth.org.

Nombre del paciente (en letra de molde) _____ Relación con el paciente _____

Firma del paciente o del representante legal autorizado _____ Fecha _____ Hora _____

CERTIFICATION OF INTERPRETER SERVICES

☐ Certification of Interpreter Services (if the patient's preferred language for health care is not English) - The information on this form and any explanations have been communicated to the patient using a qualified Medical Interpreter in the patient's preferred language, or by speaking to the patient as a Qualified Bilingual staff member.

For Health Information Management use only:

Date of receipt: _____

☐ PHI for the patient listed above was not **previously authorized** to recipient listed above.

☐ PHI for the patient listed above **cannot be restricted** to the requested recipient due to;

o HIPAA – TPO

o Requesting party not authorized to request.

o Other: _____

☐ Date requester notified of request determination: _____

