





# Solicitud de restricción del uso y de la divulgación de información de salud protegida

(Request for Restriction on Uses and Disclosures of Protected Health Information)

Seleccione el centro o grupo de UCHealth del cual está solicitando la restricción:

- Broomfield Hospital
  - Estes Valley Medical Center
  - Grandview Hospital
  - Greeley Hospital
  - Highlands Ranch Hospital
  - Longs Peak Hospital
  - Medical Center of the Rockies
  - Memorial Hospital
  - Parkview Medical Center
  - Parkview Pueblo West Hospital
  - Pikes Peak Regional Hospital
  - Poudre Valley Hospital
  - University of Colorado Hospital
  - Yampa Valley Medical Center
  - UCHealth Medical Group
- Other Facility/Provider \_\_\_\_\_

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

Nombre de la persona solicitante \_\_\_\_\_ Fecha/Hora de la solicitud \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Describa la restricción que usted desea y a la que usted solicita que UCHealth se adhiera, en el uso y la divulgación de su información de salud:

---



---



---



---



---



---



---

### Información sobre su derecho a solicitar una restricción

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos de qué manera UCHealth usa y divulga su información de salud, con motivo de tratamiento, pago, o para la administración de atención de salud (Vea el documento *Aviso sobre prácticas de privacidad* para mayor información sobre dichos tipos de usos y divulgación de información.) Además, usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la divulgación de información que realizamos con fines de notificar o divulgar información a parientes u otras personas quienes estén involucrados en su atención de salud, o a quienes estén involucrados en el pago por su atención de salud. No estamos obligados a aceptar o a asentir a su solicitud. Si aceptáramos su solicitud, lo documentaremos por escrito y cumpliremos con lo acordado según lo permita la ley, excepto en caso en que usted requiera tratamiento de emergencia. En caso que no aceptáramos su solicitud, le notificaremos nuestra decisión por escrito.

Al presentar el presente formulario, solicito en virtud de este acto que UCHealth restrinja el uso y la divulgación de mi información de salud según se detalla anteriormente en el presente documento, y hasta que decidamos poner fin al presente acuerdo. Entiendo que UCHealth no tiene obligación de aceptar mi solicitud.

Nombre del paciente (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Name of staff who received request (printed) \_\_\_\_\_

Firme del paciente o representante legal autorizado \_\_\_\_\_

Signature of staff who received request \_\_\_\_\_

Parentesco co el paciente \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**—FOR UCHEALTH INTERNAL USE ONLY—**

Date/Time received \_\_\_\_\_ Accepted \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_

If denied, list reason(s) for denial \_\_\_\_\_

---



---



---

Individual was informed of acceptance or denial in writing \_\_\_\_\_

Signature of UCHealth representative \_\_\_\_\_ Date/Time \_\_\_\_\_

