

Solicitud de Restricciones para Usar y Revelar Información de Salud

Sus Derechos

Usted tiene derecho a solicitar una restricción sobre cómo utilizamos y con quien compartimos su información de tratamiento, pago, y actividades de administración.

- **Carolinas HealthCare System no está requerido aceptar una restricción.**
- **Ninguna restricción entra en vigor hasta que usted recibe confirmación por escrito del Atrium Health.**
- Si aceptamos una restricción, ésta entrará en vigor para la visita en curso específica del paciente o el encuentro especificado y por tratamiento, pago y actividades administrativas futuras.
- **En caso de una situación de emergencia, los acuerdos de restricciones no aplicarán.**
- Usted puede solicitar que esta restricción sea suspendida en cualquier momento y puede hacerlo verbalmente o por escrito.
- Podemos terminar nuestro acuerdo de la restricción y usted será informado por escrito. Esto solo afectará la información de salud creada o recibida después de haberle informado a usted.

Para solicitar una restricción, llene este formulario completamente y entréguelo en la instalación o consultorio de CHS en donde usted fue tratado. Para obtener la dirección correcta del consultorio o instalación, por favor visite <https://atriumhealth.org> y seleccione la ubicación ("Locations").

Restricción de Información

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Por favor especifique el consultorio o la instalación donde usted solicita la restricción: _____

Por favor describa la información a la que esta solicitud aplica (ejemplo, resultados de una prueba de embarazo): _____

No entregue mi información de salud a la (las) siguiente(s) persona(s): _____

Restricción de Información en el Directorio

Solicito las siguientes restricciones en el Directorio de la Instalación:

____ No incluir mi nombre, ubicación, estado general o afiliación religiosa en el directorio de la instalación.

____ No revelar mi nombre o afiliación religiosa a los miembros del clero.

Entiendo que al restringir esta información, mi nombre no aparecerá en el Directorio de la Instalación y, por lo tanto, los visitantes, incluyendo la familia y los amigos, las personas que envían flores, y las llamadas externas no me podrán contactar.

Firma del paciente o representante: _____ **Fecha:** _____

Si está firmando como representante autorizado, describa su autoridad para actuar en nombre del paciente, y entregue documentación donde muestra su autoridad, según sea apropiado: _____

(Sólo para uso de Atrium Health)

For Atrium Health Use Only

____ Request for restriction has been **denied**. (Note: The Facility may **not** deny a request for restriction from the Directory.)

Please note reason for denial: _____

____ Request for restriction has been **accepted**. In the case of an emergency or if necessary to comply with the law, the restriction agreement will not apply.

Signature(s): _____ Date: _____

Print Name & Title: _____

____ Comments: _____

Original: File or Scan in medical record.



Rev: 08/18



Request for Restrictions on Use Disclosure of Health Information
Spanish