



## **Solicitud de restricción de uso y divulgación**

Utilice este formulario para solicitar o finalizar la restricción del uso y divulgación por parte nuestra de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés).

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al Oficial de Privacidad de Trios Health al número 509-586-5883.

COLOQUE LA ETIQUETA DEL PACIENTE AQUÍ O ESCRIBA LOS DATOS A MANO	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	
	Código de área y número de teléfono:
Dirección de correo electrónico:	
<b><u>Restricción</u></b>	
<input type="checkbox"/> Deseo que Trios Health me facture personalmente por el servicio prestado en el día de la fecha. Comprendo que cuento con una cobertura del plan de salud, pero no deseo que se facture a la aseguradora. Acepto la responsabilidad de pagar por esta factura. Mi firma a continuación invalida el consentimiento para facturar el servicio. <u>Comprendo que esta solicitud solo es válida para el servicio de hoy y que deberé presentar una nueva solicitud por cada visita que desee restringir.</u>	
<input type="checkbox"/> Deseo solicitar la siguiente restricción al uso y divulgación de mi información médica protegida: _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Deseo finalizar una restricción previa al uso y divulgación de mi PHI: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Firma:</b>	
<b>Fecha:</b>	

<p>Debe completar el formulario en su totalidad. Una vez que esté completo, envíelo a:</p> <p style="text-align: center;">           Trios Health            Privacy Officer            900 S. Auburn St.            Kennewick, WA 99336         </p>
<b>Solo para uso del Oficial de Privacidad de Trios Health:</b>
¿Fue otorgada la solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no se pudo otorgar la solicitud, explique el motivo:
Si se pudo otorgar la solicitud, ¿cómo se comunicó a toda persona en Trios Health que necesitara saber?
¿Fue la solicitud asentada en el registro del Oficial de Privacidad? <input type="checkbox"/> Sí
¿Cuándo y cómo se comunicó sobre la decisión al solicitante?
[ ] Copia escaneada en el expediente médico [ ] Notas agregadas a la cuenta del paciente/Practice Partner Plus [ ] Cambio a pago de forma particular
Firma del Oficial de Privacidad:
Fecha: