

Request for Special Restriction on Use or Disclosure of Protected Health Information

Date: _____

Patient name: _____

Date of birth: _____ Medical Record #: _____

I understand that [insert hospital name] may use or disclose my protected health information (“PHI”) for the purposes of treatment, payment and health care operations. [Insert hospital name] may also disclose information to someone involved in my care or the payment for my care, such as a family member or friend, under certain circumstances.¹

I hereby request a special restriction on the hospital’s use or disclosure of protected health information.

The information I want limited is:

I want to limit:

- The hospital’s use of this information.
- The hospital’s disclosure of this information.
- Both the use and the disclosure of this information.

I want the limits to apply to the following person/entity (for example, a spouse):

I understand that [insert hospital name] does not have to agree to my request, unless I am requesting a restriction on disclosure of information to a health plan for payment or health care operations purposes, and I have (or someone on my behalf other than the health plan has) paid for the item or service out of pocket in full. The hospital will still be able to disclose this information to the health plan if required by law.

¹ If a facility treats patients whose mental health information is subject to the Lanterman-Petris-Short Act, this sentence must be modified to comply with that Act.

(over)

Even if [insert hospital name] agrees to the restriction, it may share the information anyway in the following circumstances:

- During a medical emergency if the restricted information is needed to provide emergency treatment. However, if the information is disclosed during an emergency, [insert hospital name] will tell the recipient not to use or disclose it for any other purposes.
- Inclusion in the hospital's directory.
- For certain public health activities.
- For reporting abuse, neglect, domestic violence or other crimes.
- For health agency oversight activities or law enforcement investigations.
- For judicial or administrative proceedings.
- For identifying decedents to coroners, medical examiners and funeral directors or determining a cause of death.
- For organ procurement.
- For certain research activities.
- For workers' compensation programs.
- To avert a serious threat to health or safety.
- To the Secretary of Health and Human Services.
- For specialized government functions.
- For uses or disclosures otherwise required by law.

If a special restriction is agreed to, it may be terminated if:

1. I request, or agree to, the termination in writing; or
2. I orally agree to the termination and the oral agreement is documented; or
3. The hospital informs me that it is terminating the agreement. In this case, the termination is only effective for PHI created by the hospital or received by the hospital after I am notified of the termination. The hospital cannot terminate a special restriction on disclosure to a health plan for payment or health care operations purposes for items or services paid out of pocket in full, unless I agree.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(patient/legal representative)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: _____

Print name: _____
(legal representative)

For more information about your privacy rights, see the “Notice of Privacy Practices” available on our website at [insert web address] or at [insert department name] at [insert hospital name] or by sending a written request to [insert address].

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the hospital or with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. To file a complaint with the hospital, contact [insert the name, title, and phone number of the contact person or office responsible for handling complaints]. All complaints must be submitted in writing.

You will not be penalized for filing a complaint.

Solicitud de Limitación Especial Para el Uso o Divulgación de Información Médica Protegida

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de historia clínica: _____

Entiendo que el [insert hospital name] puede usar o divulgar mi información médica protegida (“PHI”) para fines de tratamiento y operaciones de atención médica y pagos. El [insert hospital name] también podrá divulgar información a personas que participan en mi atención o en el pago de mi atención, como por ejemplo un familiar o un amigo, bajo determinadas circunstancias.¹

Por medio del presente solicito una limitación del uso o divulgación de información médica protegida por parte del hospital.

La información que deseo limitar es:

Deseo limitar:

- El uso de esta información por parte del hospital.
- La divulgación de esta información por parte del hospital.
- Tanto el uso como la divulgación de esta información.

Deseo que los límites se apliquen a la siguiente persona o entidad (por ejemplo, un cónyuge):

Entiendo que [insert hospital name] no está obligado a aceptar mi solicitud, a menos que yo solicite una restricción de la divulgación de información a un plan de salud en lo que concierne al pago o a las operaciones relacionadas con el cuidado de la salud, y yo (u otra persona que actúe en mi nombre que no sea el plan de salud) haya pagado por el artículo o servicio en efectivo y en su totalidad. No obstante, el hospital podrá revelar esta información al plan de salud en caso de que lo exija la ley.

(sobre)

¹ If a facility treats patients whose mental health information is subject to the Lanterman-Petris-Short Act, this sentence must be modified to comply with that Act.

Aun si el [insert hospital name] está de acuerdo con esta limitación, puede compartir la información de todos modos en las siguientes circunstancias:

- Durante una emergencia médica si la información limitada es necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia. Sin embargo, si la información se divulga durante una emergencia, el [insert hospital name] le informará al destinatario que no debe usar ni divulgar dicha información para ningún otro fin.
- Inclusión en el directorio del hospital.
- Para ciertas actividades de salud pública.
- Para denunciar instancias de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos.
- Para actividades supervisadas por organismos de salubridad o investigaciones relacionadas con el cumplimiento de la ley.
- Para procedimientos judiciales o administrativos.
- Para identificar a personas fallecidas ante el médico forense, examinadores médicos y directores de funerarias o para determinar la causa de un fallecimiento.
- Para la adquisición de órganos.
- Para determinadas actividades de investigación.
- Para programas de compensación al trabajador.
- Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.
- Para el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos
- Para funciones gubernamentales especializadas
- Para usos o divulgaciones de otro modo requeridas por la ley.

En caso de acordarse una limitación especial, puede ser cancelada si:

1. Solicito la cancelación o estoy de acuerdo con la misma por escrito.
2. Estoy de acuerdo verbalmente con la cancelación y se documenta el acuerdo verbal.
3. El hospital me informa que cancelará el acuerdo. En este caso, la terminación es solamente eficaz para la PHI creada por el hospital o recibida por el hospital después de que me notifiquen de la terminación. El hospital no tiene derecho a terminar una restricción especial sobre la divulgación de información a un plan de salud en lo que concierne al pago o las operaciones relacionadas con el cuidado de la salud por artículos o servicios pagados en efectivo y en su totalidad, a menos que yo esté de acuerdo.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(paciente o representante legal)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(representante legal)

Para obtener más información acerca de sus derechos de confidencialidad, lea “Notice of Privacy Practices” disponible en nuestra sede en la red en [insert web address] o en el [insert department name] del [insert hospital name] o puede enviarnos una solicitud por escrito a [insert address].

Si usted considera que se han transgredido sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja en el hospital o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja en el hospital, debe comunicarse con [insert the name, title, and phone number of the contact person or office responsible for handling complaints]. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No se le aplicarán sanciones por presentar una queja.