

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

Date: _____

Address: _____

Dear: _____

(name of recipient)

On *(date)* _____, you requested that [insert hospital name] limit its use and/or disclosure of protected health information.

- This hospital agrees to the restriction you requested.
- This hospital does not agree to the restriction you requested.
- Other _____

Even if a restriction is agreed to, the information may be shared 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 worker's 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:

- You request, or agree to, the termination in writing.
- You orally agree to the termination and the oral agreement is documented.
- The hospital informs you 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 you are notified of the termination. However, if I requested a special restriction on disclosure to a health plan for payment or health care operations purposes for an item or services that I (or someone on my behalf other than the health plan) paid for out of pocket in full, the hospital must get my agreement before terminating the special restriction.

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.

Sincerely,

Hospital representative

Respuesta a la Solicitud de Limitaciones Especiales en el Uso o Divulgación de Información Médica Protegida

Date: _____

Address: _____

Estimado/a: _____

(name of recipient)

El día *(date)* _____, usted solicitó que el [insert hospital name] limitara su uso o divulgación de información médica protegida.

- Este hospital está de acuerdo con la limitación que usted ha solicitado.
- Este hospital no está de acuerdo con la limitación que usted ha solicitado.
- Otras consideraciones _____

Aun si se acuerda una limitación, la información podrá ser compartida 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 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 obtener órganos.
- Para ciertas actividades de investigación.
- Para programas de compensación al trabajador.

- Para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad.
- Para el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos
- Para funciones gubernamentales especializadas

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

- Usted solicita la cancelación o está de acuerdo con la misma por escrito.
- Usted está de acuerdo verbalmente con la cancelación y se documenta el acuerdo verbal.
- El hospital le informa que cancelará el acuerdo. En este caso, la cancelación sólo tendrá vigencia para la información médica protegida creada por el hospital o recibida por el hospital después de que le informen de la cancelación. Sin embargo, si yo hubiera solicitado una restricción especial relacionada con la divulgación a un plan de salud en lo que concierne al pago o las operaciones relacionadas con el cuidado de la salud por un artículo o servicios que yo (u otra persona en mi nombre aparte del plan de salud) haya pagado en efectivo y en su totalidad, el hospital debe obtener mi aprobación antes de finalizar la restricción especial.

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.

Muy atentamente,

Representante del Hospital