

Yale University School of Medicine
Solicitud para Comunicaciones Confidenciales de PHI
Request Confidential Communications of PHI

YNHH MRN# _____
IDX Account Number: _____

La Universidad de Yale se compromete a proveer cuidado de salud de alta calidad. Por esta razón, Yale cree que la información completa y correcta debe estar disponible para todo el personal al realizar sus deberes y que las barreras hacia la calidad eficiente para el cuidado de salud deben ser eliminadas. Como restricciones puestas en las comunicaciones de su información medica pueden interferir con la provisión puntual de cuidado al paciente, YSM fuertemente disuade esta practica.

Sin embargo, también reconoce Yale que hay situaciones personales únicas que pueden causar que usted solicite comunicación confidencial de su información medica. Yale cree que usted debe de estar al tanto de algunos asuntos que puedan resultar por causa de comunicaciones confidenciales. Aunque Yale haga el esfuerzo para que las posibilidades que estos asuntos pasen sean mínimas, le pedimos que usted lea y de reconocimiento que recibió esta información:

- Cualquier petición que aceptemos no será aplicable cuando la información se necesite para proveerle tratamiento de emergencia.
- Cualquier petición que aceptemos será limitada solo a información bajo el control nuestro. Por ejemplo, esto no incluye información que su compañía de seguro le haya enviado a usted.
- Tenemos el derecho a terminar cualquier petición acordada, informándole a usted por escrito de la finalización. Cual sea el motivo, será solo aplicable a la información creada o recibida después de haberle informado de la finalización.
- Al completar esta solicitud, solamente se hará restricción a la información designada del departamento de origen. No asegurara que comunicaciones entre proveedores de salud o personal en departamentos de Yale, clínicas o laboratorios con excepción del departamento de origen o clínica sean redirigidas. Es responsabilidad del paciente de informar a todas las áreas clínicas de las cuales recibe tratamiento dentro de Yale de esta solicitud. Es responsabilidad del paciente de informar a todos los proveedores de salud que no sean parte de Yale de esta solicitud.

Complete esta forma para dar reconocimiento que ha leído sobre los asuntos asociados con comunicaciones confidenciales de su información medica y que usted solicita este cambio en comunicación. Usted tiene el derecho de solicitar que finalicemos la comunicación confidencial, con tal que la terminación aplique a la información creada o recibida después de la fecha de terminación.

Nombre del Paciente: _____	
Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
Envíe la información especificada abajo usando el siguiente medio alternativo o a la dirección/numero de teléfono alternativo:	
Información: _____	

Fecha efectiva: ____/____/____	Fecha de Terminación: ____/____/____

FIRMA DEL INDIVIDUO O REPRESENTANTE PERSONAL: _____ Fecha: ____/____/____

YO POR LA PRESENTE SOLICITO QUE LAS COMUNICACIONES CONFIDENCIALES ANOTADAS ARRIBA SEAN TERMINADAS:

FIRMA DEL INDIVIDUO O REPRESENTANTE PERSONAL: _____ Fecha: ____/____/____

FOR OFFICE USE ONLY (USO DE OFICINA SOLAMENTE)	
We have accepted the above request for confidential communications. Any exceptions are listed below: Hemos aceptado la solicitud para comunicación confidencial anotada arriba. Cualquier excepción esta anotada abajo:	
We are unable to accept the following request: No podemos aceptar la siguiente solicitud:	

Al ser enviada esta forma a usted, le estamos informando que la solicitud anotada arriba será terminada.	
SIGNATURE OF LICENSED HEALTHCARE PROFESSIONAL: _____	Date: ____/____/____
PRINT PROVIDER NAME: _____	CLINIC NAME: _____
Form YSM HIP10-sp	Revised 10/1/03