

**Yale University School of Medicine**  
**Solicitud para restricciones en los Usos o Revelaciones de PHI**  
**Request Restrictitons on Uses and Disclosures of PHI**

YNHH MRN# \_\_\_\_\_  
IDX Account Number: X \_\_\_\_\_

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 a los usos o revelaciones 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 restricciones en los usos o revelaciones de su información medica. Yale cree que usted debe de estar al tanto de algunos asuntos que puedan resultar por causa de esta solicitud. 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 restricción que aceptemos no será aplicable cuando la información se necesite para proveerle tratamiento de emergencia.
- Cualquier restricción 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 restricción 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 restricciones a los usos o revelaciones de su información medica y que usted solicita la restricción. Usted tiene el derecho de solicitar que terminemos la restricción, con tal que la terminación aplique a la información creada o recibida después de la fecha de terminación.

Nombre del Paciente: _____ <small>(MANO ESCRITA)</small> No revela la siguiente información especificada a: _____ Información: _____ _____ _____
---

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

FIRMA DEL INDIVIDUO O REPRESENTANTE PERSONAL: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>FOR OFFICE USE ONLY (USO DE OFICINA SOLAMENTE)</b>
We have accepted the restriction(s) you have requested above. Any exceptions are listed below: Hemos aceptado las restricciones que usted solicitó arriba. Cualquier excepción esta anotada abajo:  We are unable to accept the following restrictions you have requested: No podemos aceptar las siguientes restricciones que usted solicitó:  _____  Al ser enviada esta forma a usted, le estamos informando que la solicitud anotada arriba será terminada.  SIGNATURE OF LICENSED HEALTHCARE PROFESSIONAL: _____ Date: ____/____/____