

## Solicitud de restricción de uso o revelación de información médica protegida (PHI) Request for Restriction of Use or Disclosure of Protected Health Information (PHI)

Yale New Haven Health (YNHH) y Yale Medicine (YM) (colectivamente, "nosotros" o "nuestro") estamos comprometidos con dar atención de alta calidad al paciente. Como tal, creemos que la información completa y precisa debe estar fácilmente disponible para todo el personal y que se deben eliminar las barreras para una atención eficaz y de calidad.

Aunque las restricciones sobre el uso y la revelación de su información para tratamientos, pagos u operaciones pueden interferir con la provisión oportuna de atención al paciente, tiene derecho a pedir dichas restricciones. También tiene derecho a pedir una restricción de los usos y revelaciones permitidos a las personas implicadas en su atención (por ejemplo, familiar, amigo, etc.).

**Aunque puede pedir una restricción, solo estamos obligados a aceptar restricciones en circunstancias muy limitadas.**

### **Completando este formulario, entiendo que:**

- Las restricciones que aceptemos no se aplicarán cuando su información sea necesaria para darle un tratamiento de emergencia o en ciertas otras circunstancias limitadas.
- Cualquier restricción que aceptemos se limitará a la información bajo nuestro control. Por ejemplo, esto no incluye la información que le envió su compañía de seguros. Si tiene preocupaciones sobre la restricción de información creada por otra entidad, debe comunicarse con esa organización para hacer una solicitud.
- No podemos restringir el intercambio o el acceso a su información médica en el expediente médico electrónico a miembros individuales del personal médico, empleados, socios comerciales o aquellos que usan o autorizan una instancia de nuestro sistema del expediente médico electrónico para propósitos relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones. Si tiene preocupaciones sobre el acceso a su expediente médico electrónico, comuníquese con la Oficina de Privacidad respectiva que se indica al final de este formulario.
- Tenemos derecho a rescindir cualquier restricción acordada informándole de la rescisión por escrito; la rescisión solo se aplicará a la información creada o recibida después de que le informemos de la rescisión.
- Si ya no quiere que exista una restricción, usted tiene el derecho de pedir por escrito que se suspenda la restricción.

### **INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **ESPECIFICAR LA SOLICITUD:**

- Pido restringir el uso y revelación de mi información para los propósitos relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones que se describen abajo:
- \_\_\_\_\_
- Pido restringir el uso y la revelación de mi información a la siguiente persona o entidad (dé el nombre de la persona y la relación, o el nombre de la entidad):
- \_\_\_\_\_
- Pido que se suspenda una restricción previa acordada.  
Especifique la solicitud de la restricción anterior y dé la fecha aproximada en que se pidió dicha restricción:
- \_\_\_\_\_

**Entiendo que completar este formulario no significa que la solicitud fue aceptada. La Oficina de Privacidad respectiva que se menciona abajo revisará la solicitud y me informarán si la aceptan.**

### **FIRMA:**

Firma del paciente o del representante autorizado\*\*

Fecha

Si no es paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

**\*\*Debe entregar prueba de autoridad legal (excepto los padres de un menor)**

#### **Para solicitudes de Yale New Haven Health:**

Correo electrónico: [Privacy@ynhh.org](mailto:Privacy@ynhh.org)

Correo: Atte.: Office of Privacy and

Corporate Compliance

300 George Street, 4° piso

New Haven, CT 06511

Teléfono: 203-688-8416

#### **Para solicitudes de Yale Medicine:**

Correo electrónico: [HIPAA@yale.edu](mailto:HIPAA@yale.edu)

Atte.: HIPAA Office

P.O. Box 208255

New Haven, CT 06520

Teléfono: 203-432-5919



YHS000510

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE PRIVACIDAD:**

La solicitud se concedió con las siguientes excepciones, si corresponde:

Acción tomada: \_\_\_\_\_

La solicitud se denegó por los siguientes motivos:

\_\_\_\_\_

Aprobado por nombre/cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Servicios de interpretación (si es necesario):** un intérprete facilitó la comunicación entre los proveedores de atención médica y el paciente o el representante autorizado del paciente en \_\_\_\_\_ (idioma), para ayudar a obtener el consentimiento informado.

El intérprete transmitió el contenido de la información original expresada por y para ambas partes.

Hora: \_\_\_\_\_ a. m./p. m. Fecha: \_\_\_\_\_

**Marque aquí si respondió:**  Por teléfono  Por video  Presencial  Al personal autorizado del Programa de Competencias Bilingües

**Número de identificación** (solo si fue por teléfono/video): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del intérprete en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete (solo si fue de manera presencial)