



Solicitud de restricción del uso y divulgación de información médica protegida

Use este formulario para solicitar una restricción del uso y la divulgación de su Información médica protegida (PHI).

Instrucciones para completar este formulario de restricción

Los miembros de Jefferson Health Plans Medicare tienen derecho a solicitar que Jefferson Health Plans Medicare restrinja el uso o la divulgación de información médica para ciertos aspectos del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Los miembros también tienen derecho a solicitar que Jefferson Health Plans Medicare restrinja la divulgación de su información médica a familiares y otros involucrados en su atención. Jefferson Health Plans Medicare considerará cuidadosamente todas las solicitudes de restricciones; sin embargo, Jefferson Health Plans Medicare no está obligado a aceptar una restricción solicitada.

Parte 1: Información del miembro. Esta sección debe indicar el nombre del miembro de Jefferson Health Plans Medicare cuya PHI se solicita. Escriba en letra de imprenta el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección y el número de teléfono del miembro, y el número de identificación de miembro.

Parte 2: Restricción. En esta sección, proporcione información sobre la restricción que le gustaría implementar.

Parte 3: Revisión y aprobación. Se requiere la firma del miembro. Si el miembro es incapaz de firmar, un representante personal puede firmar en nombre del miembro. Se confirmará a los padres o tutores de menores de edad utilizando la información del estado. Un representante personal, como un albacea o alguien con un poder notarial, puede firmar con su nombre en lugar del miembro. Los documentos legales que demuestren la autoridad del representante personal para actuar en nombre del miembro **DEBEN** adjuntarse o archivarse en Jefferson Health Plans Medicare; de lo contrario, la firma del representante personal no será válida y este formulario **NO** se procesará.

Complete TODAS las secciones. Si la información de este formulario no está completa, Jefferson Health Plans Medicare devolverá el formulario y no aprobará esta solicitud hasta que se complete en su totalidad.

Información de contacto

ENVÍE SU(S) FORMULARIO(S) A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono de Servicio de atención al miembro que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o escriba a:

Jefferson Health Plans
Privacy Services
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
o por fax: 267-515-6666



Solicitud de restricción del uso y divulgación de información médica protegida
Todos los campos son obligatorios.

Parte 1: Escriba en LETRA DE IMPRENTA la información que se solicita a continuación.

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:
N.º de identificación del miembro:	

PARTE 2: Restricción solicitada

A. Seleccione la información médica protegida que se restringirá:

- Restricción de divulgación de registros a un pagador
- Restricción de divulgación de registros a un abogado
- Restricción de divulgación de registros a un familiar o a miembros de la familia
- Restricción de divulgación de registros al departamento de información médica
- Otro: La información que quiero restringir es _____

B. Personas/organización restringidas de usos/divulgación:

Nombre del destinatario u organización:	Relación con el miembro:
Dirección:	Teléfono:
	Fax:



Solicitud de restricción del uso y divulgación de información médica protegida
Todos los campos son obligatorios.

PARTE 3: Firma

Tiene derecho a solicitar que Jefferson Health Plans Medicare restrinja su uso de su PHI a lo necesario para la prestación de atención médica o el pago de reclamaciones. Jefferson Health Plans Medicare participa en los intercambios de información de salud (Health Information Exchanges, HIE) que, a través de redes seguras conectadas con proveedores de atención médica que participan en los HIE, hacen posible que compartamos electrónicamente información médica protegida para coordinar la atención del paciente. Podemos compartir electrónicamente su información médica a través de HIE, entre los miembros participantes de los HIE para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines autorizados, en la medida permitida por la ley.

Tiene derecho a solicitar a Jefferson Health Plans Medicare que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida (PHI) para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, excepto para los usos o las divulgaciones requeridos por la ley. Tiene derecho a solicitar a Jefferson Health Plans Medicare que restrinja el uso y la divulgación de su información médica a familiares, amigos cercanos u otras personas que usted identifique como involucradas en su atención. También tiene derecho a restringir el uso y la divulgación de información médica para notificar a esas personas sobre su ubicación, condición general o muerte, o para coordinar esos esfuerzos con entidades que ayudan en los esfuerzos de ayuda en caso de desastre. Si desea ejercer este derecho, su solicitud **debe** ser por escrito. **Jefferson Health Plans Medicare no está obligado a aceptar su solicitud** y no tiene permitido otorgar restricciones que infrinjan la ley. Si Jefferson Health Plans Medicare acepta su solicitud, entonces estaremos obligados a cumplir la restricción, a menos que usted posteriormente la dé por terminada mediante una solicitud por escrito. Jefferson Health Plans Medicare también puede divulgar la información restringida si usted requiere tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley. Según la naturaleza de su solicitud, puede tardar varios días en responder. Hasta que se haya aceptado su solicitud, Jefferson Health Plans Medicare usará y divulgará su información médica de acuerdo con nuestro Aviso de prácticas de privacidad y la ley aplicable. Si Jefferson Health Plans Medicare concede su solicitud, se le notificará por escrito. Las restricciones vencerán para los menores cuando alcancen la mayoría de edad (18 años).

He leído y comprendo la información anterior:

Nombre del miembro o representante personal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si usted es un representante personal, indique su relación con el miembro: _____

Tenga en cuenta que, si aún no se ha proporcionado, requeriremos la verificación de la autoridad de un representante personal, como una copia de un poder notarial para atención médica, general o duradero, antes de que esta solicitud se considere completa. Si el padre, la madre o el tutor realizan esta solicitud, complete lo siguiente: El miembro/participante es menor de _____ años de edad. Si presenta esta solicitud en nombre de un hijo menor de edad, es posible que necesitemos información adicional, como una orden judicial u otra documentación que demuestre la custodia u otro documento legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro antes de que esta solicitud se considere completa.