



NORTHERN INYO HOSPITAL

Northern Inyo County Local Hospital District

150 Pioneer Lane · Bishop, California 93514 · Voz (760) 873-5811 · Fax (760) 872-2768

SOLICITUD PARA RESTRINGIR LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Número de Expediente Médico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que Northern Inyo Hospital puede utilizar y divulgar mi información médica protegida para proporcionarme tratamiento, obtener el pago por sus servicios y para las actividades del funcionamiento del hospital. También, el hospital puede divulgar información a la(s) persona(s) involucrada(s) en mi atención o en el pago de la misma, como puede ser un familiar o amistad. Yo quiero solicitar la restricción en la utilización y divulgación que el hospital le da a mi información médica. Entiendo que el hospital no tiene porque aprobar esta solicitud. La información que quiero restringir es:

Persona(s):	Información:

Entiendo que Northern Inyo Hospital me proporcionará la **respuesta por escrito** a mi solicitud de restricción, después que el Administrador del hospital la revise. El proceso de revisión puede terminar en 24 horas, pero puede tardar más, hasta varios días. Además entiendo que aun en el caso de que el hospital apruebe mi solicitud, la(s) restricción(es) no entrara(n) en efecto sino hasta el día y la hora en que el hospital lo haya aprobado en la respuesta por escrito a mi solicitud de restricción. Durante el proceso de revisión, nuestro personal tomará las medidas necesarias para cumplir con una solicitud de restricción razonable.

Aun cuando el hospital apruebe mi solicitud, el hospital puede continuar utilizando y divulgando la información en las siguientes circunstancias:

- Durante una emergencia médica, si la información es necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia. Sin embargo, el hospital le pedirá a los recipientes de la información que no utilicen o divulguen la información con ningún otro propósito.
- Para incluirla en el directorio del hospital, a menos que exista una restricción por escrito en la "Solicitud para Negar al Público la Información del Directorio."
- Para reportar información, cuando no necesitamos obtener su autorización ni tenemos que darle la oportunidad de impedirlo, como cuando tenemos que reportar información de salud pública, para el cumplimiento de la ley, de abuso, negligencia y violencia doméstica, al servicio forense, para la disponibilidad de órganos, para la compensación al trabajador y al Secretario de HHS.

Si esta solicitud es aprobada por el hospital, puede cancelarse sí:

- Yo solicito, estoy de acuerdo con, la cancelación por escrito.
- Doy mi consentimiento verbal para su cancelación y se documenta mi consentimiento verbal.
- El hospital me notifica que está cancelando la solicitud. En este caso, la cancelación solamente es efectiva para la información creada o recibida por el hospital después de que se me ha notificado de la cancelación.

Firma del paciente o representante

Fecha/Hora

Si el firmante no es el paciente, indique la relación: _____

PARA USO DEL HOSPITAL (FOR HOSPITAL USE ONLY)

Received by:

Date/Time

HIPAA-11 011008

Translated by: José García

Translation Date: 12/18/2007