



**Formulario de solicitud de restricción**

Este formulario está destinado a ser usado para que una persona ejerza su derecho a solicitar que se restrinja el uso o la divulgación de información médica protegida (protected health information, PHI) en Vecino Health Centers (“Vecino”).

**Persona que solicita la restricción**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Sírvase leer lo siguiente y complete la información solicitada.**

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestro uso o divulgación de su PHI, lo que incluye para tratamiento, pago o nuestras operaciones de atención médica. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud. Si lo hacemos, nuestro acuerdo debe ser por escrito y, luego, restringiremos nuestro uso o divulgación de su PHI, según lo solicite. A pesar de este acuerdo, podemos usar o divulgar la información restringida en una emergencia médica adecuada cuando la información se necesite para su tratamiento o cuando la ley exija el uso o la divulgación.

Puede poner fin a la restricción en cualquier momento al notificarnos por escrito. Podemos poner fin a nuestro acuerdo de restricción del uso o la divulgación de su PHI en cualquier momento al notificarle por escrito. Si está de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a la restricción, su PHI ya no estará sujeta a esta. Si no está de acuerdo, la finalización de la restricción se aplicará únicamente a la PHI que recibamos después de que le dimos aviso de esta.

Especifique la información médica protegida que la restricción propuesta abarcará:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique la restricción que desea aplicar a esa información médica protegida:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma**

Solicito a Vecino que restrinja el uso o la divulgación de mi PHI. Comprendo que Vecino no tiene la obligación de aceptar mi solicitud y que no habrá ningún acuerdo, a menos que Vecino me informe su aceptación por escrito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si un representante personal realiza esta solicitud, proporcione una descripción y firme abajo.**

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Envíe por correo, fax o entregue el formulario personalmente a:

Privacy Officer  
5808 Airline Drive  
Houston, TX 77076  
Fax: 713-695-6929

TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD.