

Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_

Fecha de esta Solicitud: \_\_\_\_\_

## Solicitud para Cancelación o Restricción del Formulario de Información Médica Protegida (PHI) N-516

De acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad de WakeMed, entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en el uso y la divulgación de mi PHI. También entiendo que WakeMed puede no estar obligado a cumplir con mi solicitud (por ejemplo, cuando las divulgaciones son requeridas por la ley, necesarias para el tratamiento, o pertenecen al tratamiento o servicios para los cuales WakeMed ha no recibido el pago en su totalidad de su bolsillo). También entiendo que si WakeMed acepta cualquier solicitud de restricción de mi PHI, el personal de WakeMed cumplirá dicha solicitud a menos que la divulgación (1) sea requerida por la ley aplicable; (2) es proporcionarme con tratamiento médico de emergencia; o (3) ha sido terminado por mí por escrito.

**Marque la casilla que mejor indica el tipo de solicitud que está realizando:**

Solicitud de Restricciones       Solicitud de cancelación de restricción(es)

**Marque todas las casillas que se aplican a su solicitud:**

(Utilice los espacios a continuación para especificar la información que está restringiendo o cancelando)

Directorio de Pacientes

\_\_\_\_\_

Plan de Salud

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Número de Teléfono

\_\_\_\_\_

Correo Electrónico

\_\_\_\_\_

Otra solicitud de restricción de privacidad

\_\_\_\_\_

Escriba su nombre tipo molde: \_\_\_\_\_

**Marque la casilla que identifica su relación con el paciente:**

Si mismo       Padres       Guardián       Poder Notarial       Otro \_\_\_\_\_

**Proporcione su dirección postal para que podamos enviarle por correo una copia de nuestra decisión:**

\_\_\_\_\_

**El mejor número de contacto en caso de que tengamos preguntas:** \_\_\_\_\_

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

**Consulte el reverso de la hoja para obtener información adicional relacionada con su solicitud.**

\_\_\_\_\_

Patient Label  
placed here

**WakeMed**  
**Request for or Cancellation of Restriction**  
**of Protected Health Information**

N-516S PAGE 1 OF 2 REV. 9/20



Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_

Fecha de esta Solicitud: \_\_\_\_\_

### **Información Importante Sobre la Exclusión del Directorio del Paciente**

Si usted ha solicitado ser excluido del Directorio del Paciente, queremos que sepa qué pasos nuestro personal tomará para mantener su anonimato.

- Mantendremos en cuenta su solicitud de privacidad en el sistema de información computarizado del hospital (directorio del paciente). Cualquier pregunta en cuanto su su presencia o ubicación, a menos que así lo exija la ley aplicable, se responderá "no tenemos a nadie por ese nombre".
- Si va a recibir visitantes, por favor hágales saber su número de habitación, ya que el personal del hospital no podrá decir que usted esta aquí para dar instrucciones a su habitación.
- No podrá recibir entregas florales porque el personal del hospital no podrá reconocer su presencia para dar instrucciones a su habitación. Tampoco podrá recibir correo/tarjetas.
- Usted podrá realizar llamadas telefónicas. Sin embargo, solo podrá recibirlos si la persona que llama conoce como marcar a número de teléfono. El operador central no podrá reconocer su presencia para conectar a las personas que llaman a su habitación. Para aliviar la frustración, por favor dé a las personas potenciales que llamen su número telefónico directo a su habitación.

Entiendo que WakeMed no puede restringir la divulgación de esta información si la divulgación es para fines de tratamiento, es requerido por la ley, o se refiere al tratamiento o servicios por los cuales WakeMed no ha recibido el pago en su totalidad de la cual usted es responsable. También entiendo que esta restricción.

### **Información Importante Sobre la Solicitud de Restricciones en el Contacto Telefónico**

Entiendo que WakeMed cumplirá mi solicitud de comunicaciones alternativas si se considera razonable y que el los costos administrativos y la dificultad para atender la solicitud pueden ser factores para determinar la razonabilidad.

### **Important Information about Requesting Restrictions on Disclosures to Health Plans**

Si ha solicitado que se restrinjan las divulgaciones de su PHI de su plan de salud, queremos que sepa condiciones que pueden aplicarse.

- WakeMed puede aceptar su solicitud de restringir la divulgación de su PHI a su plan de salud si:
  - o La divulgación no tiene fines de tratamiento;
  - o La divulgación no es requerida por la ley; Y
  - o La PHI se refiere únicamente al tratamiento o servicios de atención médica para los cuales usted (o alguien que no sea su plan de salud) ha pagado WakeMed de su bolsillo en su totalidad ("en su totalidad" significa la cantidad total que le cobramos por el servicio, no su copago, coseguro o responsabilidad deducible cuando su plan de salud o aseguradora paga por su atención médica).
- Si el tratamiento o los servicios relacionados con su solicitud de restricción ya se han realizado o proporcionado, WakeMed puede aver ya divulgado la información relacionada a su plan de salud antes de recibir su solicitud de restricción.
- Si su pago se realiza desde una Cuenta de Gastos Flexibles o una Cuenta de Ahorros de Salud, podemos cumplir su solicitud solo si la cuenta no es a través del mismo plan de salud al que solicitó la restricción para aplicar.
- Si su pago no se recibe en su totalidad (por ejemplo, debido al pago incompleto o denegado, cheque rechazado, o sólo su pago de copago o deducible se hace), WakeMed puede negar su solicitud y comunicarse con su plan de salud para recuperar pago.
- Para los servicios de prescripción, usted debe solicitar una receta en papel de su proveedor y luego solicitar directamente la farmacia para permitirle pagar de su bolsillo; de lo contrario, la farmacia puede enviar su receta directamente a su plan de salud a través del sistema electrónico de prescripción.
- WakeMed quizás no pueda informar a otros proveedores de su solicitud de restricción y usted debe volver a presentar su solicitud a todos los proveedores que no sean de WakeMed involucrados en su atención.
- Para que la restricción solicitada se aplique a la atención médica o servicios de seguimiento relacionados, debe renovar su solicitud en cada visita para cada tratamiento o prestación de servicio y deben ser pagados de su bolsillo en su totalidad.
- Es posible que WakeMed no pueda restringir la PHI relacionada con los servicios de tratamiento que no pueden ser desociados. En tales casos, es posible que se le pida que pague por todos los servicios relacionados/agrupados para llevar a cabo la restricción solicitada.

---

## **WakeMed**

### **Request for or Cancellation of Restriction of Protected Health Information**

Patient Label  
placed here