

SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DEL USO Y LA DIVULGACIÓN

Este formulario es para solicitar una restricción o limitación de la información médica protegida que utilicemos o divulguemos sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Fecha: _____ Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de id. del miembro: _____

Comprendo que Sentara Health Plans debe divulgar información médica para llevar a cabo sus operaciones comerciales. Puedo averiguar sobre estas divulgaciones en el aviso de prácticas de privacidad de Sentara Healthcare ACE en sentarahealthplans.com. También entiendo que Sentara Health Plans considerará mi solicitud de restricción, pero no tiene que cumplir con mi solicitud.

El miembro o el representante personal solicita que Sentara Health Plans restrinja el uso o la divulgación de información médica protegida (PHI). La información específica a restringir es:

Solicito que esta restricción se aplique a los siguientes usos y divulgaciones (¿a quién desea restringir la obtención o el uso de la información?):

Solicito que no se acceda, discuta o restrinja mi información sin la presentación satisfactoria de una contraseña, que he seleccionado.

La contraseña que se utilizará para todos los accesos es: _____

Comprendo que si se aprueba la solicitud, puedo cancelar esta restricción en cualquier momento escribiendo a Sentara Health Plans al domicilio o correo electrónico a continuación. Además, entiendo que Sentara Health Plans responderá a esta solicitud por escrito y que el uso y la divulgación de la PHI no se restringirá a menos que reciba la aprobación de Sentara Health Plans.

Envíe este formulario de solicitud completo por correo postal o correo electrónico a:

Sentara Health Plans Compliance
PO Box 66189
Virginia Beach, VA 23466
shpprivacy@sentara.com

Declaración de privacidad: Tenga en cuenta que el correo electrónico y los mensajes de texto pueden ser interceptados en su transmisión o desviados.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre en letra de imprenta del solicitante

Si solicita una restricción en nombre de otra persona que no sea usted, adjunte una prueba de su autoridad para hacerlo (es decir, una orden de tutela, orden de custodia, orden judicial) según corresponda.

Definiciones:

Miembro: persona sujeta a la información médica protegida.

Representante autorizado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA): alguien que tiene la autoridad legal para actuar en nombre de una persona para tomar decisiones sobre la atención médica de esa persona. El padre/la madre puede ser representante autorizado de la HIPAA para menores, excepto aquellos menores a quienes se les ha dado la libertad legal de actuar por su cuenta. Los representantes autorizados de la HIPAA pueden incluir tutores, curadores y otras personas a quienes se les ha dado la responsabilidad legal de otra persona. La ley federal, la ley estatal y los términos específicos del nombramiento determinan la autoridad otorgada al representante autorizado de HIPAA.

Número de identificación [(id.)] del miembro: el número asignado a una persona por un plan de salud. A veces es el número de Seguro Social de la persona.

Contraseña: se trata de una combinación de letras o números seleccionados por el miembro y que deben utilizarse para identificar a la persona que solicita información.