

Solicitud para restringir usos y divulgaciones

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ N.º. de expediente médico _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Solicito restringir lo siguiente de mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés):

La siguiente información: _____

Uso de mi información Divulgación de mi información Tanto el uso como la divulgación de mi información

A la siguiente persona o entidad: _____

Para obtener más información acerca de sus derechos de privacidad, consulte la Notificación de prácticas en cuanto a la privacidad, que se encuentra disponible en nuestro sitio web: <http://www.childrencolorado.org> y publicada en la entrada de todos los centros del CHCO

Si el Children's Hospital Colorado **está de acuerdo** con mi solicitud, las siguientes excepciones aplican y mi información todavía podrá ser utilizada

o divulgada en las siguientes circunstancias:

- Durante una emergencia médica para proporcionar tratamiento de emergencia
- Si es solicitada para informes sobre salud pública
- Para informar de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos
- En el caso de actividades de supervisión de agencias de salud o investigaciones policiales
- En el caso de procesos judiciales o administrativos
- En el caso de que los médicos forenses necesiten llevar a cabo exámenes médicos para identificar a los fallecidos o determinar la causa de la muerte
- Para la obtención de órganos
- En el caso de actividades relacionadas con la investigación
- En el caso de programas de compensación a trabajadores
- Para cualquier otro uso o divulgación permitido por la ley

El Children's Hospital Colorado puede poner fin a una restricción acordada si:

- Yo lo solicito o estoy de acuerdo con ponerle fin por escrito
- Manifiesto mi conformidad verbal con la cancelación y el acuerdo oral está documentado
- El CHCO me informa que está dando por terminado el acuerdo, indicando las razones para ello.

La cancelación del acuerdo solo será efectiva para la PHI creada por el CHCO o recibida por el CHCO después de que yo haya sido notificado de dicha cancelación.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar una restricción y que el Children's Hospital Colorado no está en la obligación de aceptar dicha solicitud. Seré notificado por escrito de la decisión del CHCO.

Firma del paciente o del representante autorizado _____ Fecha _____ Nombre en letra de molde _____

Solo para uso del funcionario de privacidad: Aprobada Negada

Motivo(s): _____

Gestión de información médica del CHCO: 13123 E. 16th Ave, Box 150, Aurora, CO 80045
Telf.: 720-777-4259 Fax: 720-777-7251 Email: ROI@childrencolorado.org



Solicitud para restringir
usos y divulgaciones
Rev. 11/2021
Página 1 de 1

Coloque aquí la etiqueta de identificación del paciente