



TEXAS CHILDREN'S

SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DEL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Los pacientes tienen el derecho a solicitar una restricción en la divulgación de su información protegida de salud para propósitos de tratamiento, pagos o actividades de atención médica. Toda solicitud ante Texas Children's para restricciones deberá ser presentada por escrito e incluir la información documentada en este formulario. Por favor anexe copias de documentos relevantes que podrían respaldar la restricción. Si el paciente es menor de edad, el representante legalmente autorizado (p.ej. uno de los padres de familia) deberá presentar la solicitud. Texas Children's no es requerido a aceptar todas las solicitudes. Texas Children's revisará cada solicitud, pero se reserva el derecho a rehusarse según lo establece la ley federal. Ninguna restricción es efectiva hasta que usted reciba confirmación escrita de parte de Texas Children's.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Solicitud de Restricción en el Intercambio Electrónico de Información Médica Protegida

- Compartir Información Médica a través de Care Everywhere:** Yo solicito que mi información médica no sea más compartida electrónicamente por Texas Children's a través de "Epic Care Everywhere" con todos los proveedores de atención medica involucrados en mi atención médica, quienes participan o están vinculados a través de Epic Care Everywhere. Yo entiendo que la información médica completa, incluyendo el perfil médico del paciente, alergias y reacciones adversas podría no estar disponibles al momento de recibir atención y tratamiento en otra institución de atención médica. Esto incluye situaciones de atención médica de emergencia.
- Recepción de Información Médica a través de Care Everywhere:** Yo solicito que mi información médica no sea más recibida electrónicamente a través de "Epic Care Everywhere" de parte de todos los proveedores de atención medica involucrados en mi atención médica, quienes participan o están vinculados a través de Epic Care Everywhere. Yo entiendo que la información médica completa, incluyendo el perfil médico del paciente, alergias y reacciones adversas podría no estar disponibles al momento de recibir atención y tratamiento médico en otra institución de atención médica. Esto incluye situaciones de atención médica de emergencia.
- Intercambio de Información Médica (HIE):** Yo solicito que mi información médica no sea más compartida electrónicamente por Texas Children's a través de "Health Information Exchange" con todos los proveedores de atención medica involucrados en mi atención médica, quienes participan o están vinculados a través de HIE. Yo entiendo que la información médica completa, incluyendo el perfil médico del paciente, alergias y reacciones adversas podría no estar disponibles al momento de recibir atención y tratamiento médico en otra institución de atención médica. Esto incluye situaciones de atención médica de emergencia.
- EpicCare Link:** Yo solicito que mi información médica no sea más compartida electrónicamente a través del enlace EpicCare Link con todos los proveedores de atención medica involucrados en mi atención médica, quienes participan o están vinculados a través de EpicCare Link. Yo entiendo que la información médica completa, incluyendo el perfil médico del paciente, alergias y reacciones adversas podría no estar disponibles al momento de recibir atención y tratamiento médico en otra institución de atención médica. Esto incluye situaciones de atención médica de emergencia.

Solicitud de Restricción Para Otros Tipos de Intercambios de Información Médica Protegida

Otro, por favor proporcione una descripción de la información a ser restringida:

Describa como usted quisiera que su información médica restringida sea usada y/o divulgada: _____

Yo entiendo que cualquier información compartida antes de la fecha en que este formulario sea procesado, se mantendrá disponible a los proveedores que soliciten acceso a ella.

Una solicitud para restricción del acceso a información médica protegida, si es aprobada, será efectiva en aproximadamente 5-7 días laborales después de haber sido recibida por la Oficina de Cumplimiento y Privacidad. Yo entiendo que, si mi solicitud es aceptada, Texas Children's podría implementar la restricción solo hasta donde sea permitido por el Decreto Ley de Cumplimiento y Portabilidad de las Compañías de Seguros de Salud (45 CFR Partes 160 y 164).

Yo podría optar por regresar en cualquier momento a Care Everywhere, Health Information Exchange, EpicCare Link para que mi información médica pueda ser compartida con otros proveedores de atención médica. Para la opción de regresar a participar en el intercambio electrónico de información medica , por favor comuníquese a la Oficina de Cumplimiento y Privacidad del Texas Children's a través de Privacy@texaschildrens.org; vía fax 832-825-2167; o por teléfono al 832-824-2085.

Por medio de la presente, Texas Children's es liberado de toda responsabilidad legal u obligación por la divulgación de los expedientes previamente autorizados a ser liberados. Yo también entiendo que yo podría revocar esta solicitud de exclusión haciéndolo por escrito en



Texas Children's[®]

TEXAS CHILDREN'S

SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DEL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

cualquier momento (excepto hasta adonde esa acción haya sido tomada en dependencia de esta autorización) enviando un aviso escrito a la Oficina de Cumplimiento y Privacidad del Texas Children's.

Yo Certifico ser el Paciente o el Representante Legalmente Autorizado (p.ej., La Madre/El Padre) del Paciente.

Firma del Representante Legalmente Autorizado

Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde del Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Relación con el Paciente

Por favor regrese este formulario completado a la Oficina de Cumplimiento y Privacidad del Texas Children's, a través de Privacy@texaschildrens.org o por fax al 832-825-2167

Rev. 3/2022