



Affix Patient Label

Patient Name:

Date of Birth:

Solicitud de restricción de divulgación para el plan de salud

Usted tiene derecho a restringir la divulgación de su información médica a un plan de salud para artículos o servicios específicos cuando paga la totalidad del artículo o el servicio de su bolsillo.

Respetaremos la solicitud a menos que la divulgación sea exigida por ley. En el Aviso de prácticas de privacidad (NOPP) de Bronson se indica cuando las divulgaciones son exigidas por ley.

Bronson no está obligado a separar este artículo o servicio de los demás registros médicos suyos, sino que debe indicar que está restringido.

Qué debe hacer usted:

- Notificar a los demás proveedores. Si bien Bronson respetará la restricción, los proveedores que no pertenecen a Bronson no estarán al tanto de su solicitud.
- Recuerde que los demás proveedores, incluido el farmacéutico, no sabrán sobre el artículo o servicio. Esto puede generar complicaciones. Por ejemplo, el farmacéutico no sabe todos los medicamentos que usted toma y no puede asesorarlo sobre las incompatibilidades entre los medicamentos.
- Pagar la totalidad del importe calculado. El importe adeudado debe pagarse en un plazo de 30 días. Si no se recibe el pago total, se le facturará al plan de salud.
- Las compañías de seguros suelen exigir una certificación previa para determinados servicios. Al solicitar esta restricción de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), usted renuncia a su derecho a una certificación previa.

SECCIÓN I: DATOS DEL PACIENTE		
1. NOMBRE (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEGURO SOCIAL
4. PLAZO DE TRATAMIENTO: DESDE - HASTA	5. TIPO DE TRATAMIENTO (<i>marque una opción</i>) <input type="checkbox"/> AMBULATORIO <input type="checkbox"/> INTERNO <input type="checkbox"/> AMBOS	
SECCIÓN II: RESTRICCIONES		
6. NO DIVULGAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:		
a. NOMBRE DEL PLAN DE SALUD		b. DIRECCIÓN (<i>calle, ciudad y código postal</i>)
c. TELÉFONO (<i>incluir el código de área</i>)	d. FAX (<i>incluir el código de área</i>)	7. PROPÓSITO DE LA RESTRICCIÓN (<i>opcional</i>)
8. FECHAS DE RESTRICCIÓN SOLICITADAS		
a. INICIO	b. FINALIZACIÓN	
9. ESPECIFICAR LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE SE RESTRINGIRÁ (use el reverso si necesita más espacio)		
SECCIÓN III: FIRMAS		
10. FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR	11. RELACIÓN CON EL PACIENTE (<i>si corresponde</i>)	12. FECHA
SECCIÓN IV: PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA (<i>FOR OFFICE USE ONLY</i>)		
DATE RECEIVED	DATE FLAGGED FOR RELEASE RESTRICTION	EMPLOYEE
DATE RECEIVED	DATE FLAGGED FOR RELEASE RESTRICTION	EMPLOYEE