


**SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE DIVULGACIÓN A UN PLAN DE SALUD**

Usted tiene el derecho a restringir la divulgación de su información médica a un plan de salud por ciertos artículos o servicios siempre y cuando usted haya pagado por el artículo o servicio de su propio bolsillo y en su totalidad.

Cumpliremos con su solicitud a menos que la divulgación sea exigida por ley. El Aviso de prácticas de privacidad de Bronson identifica cuándo se requieren las divulgaciones por ley.

No se exige que Bronson separe este artículo o servicio de sus otros archivos médicos, pero debemos marcarlo o hacer una anotación acerca de que el artículo o servicio está restringido.

Lo que usted debe hacer:

- Notificar a otros proveedores. Aunque Bronson cumplirá con la restricción, los proveedores fuera de Bronson no estarán al tanto de su solicitud.
- Recuerde que otros proveedores, entre ellos su farmacéutico, no sabrán acerca de su artículo o servicio. Esto podría ocasionar complicaciones. Por ejemplo, si su farmacéutico no está al tanto de todos sus medicamentos, no puede aconsejarle sobre incompatibilidades entre fármacos.
- Pagar el monto estimado por completo. Deberá efectuar el pago del saldo estimado en el transcurso de 30 días. Si no recibimos su pago por completo, la factura se enviará a su plan médico.
- Las compañías de seguros suelen requerir certificación previa para proporcionar ciertos servicios. Al solicitar esta restricción de la HIPAA, usted renuncia a su derecho de certificación previa.

SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
<b>1. NOMBRE</b> (Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre)	<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>3. SEGURO SOCIAL</b>
<b>4. PERÍODO DE TRATAMIENTO: DESDE - HASTA</b>	<b>5. TIPO DE TRATAMIENTO</b> ( <i>marque con x una opción</i> ) <input type="checkbox"/> AMBULATORIO <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> AMBOS	
SECCIÓN II. RESTRICCIONES		
<b>6. NO DIVULGAR A:</b>		
<b>a. NOMBRE DEL PLAN MÉDICO</b>		<b>b. DIRECCIÓN</b> ( <i>calle, ciudad y código postal</i> )
<b>c. TELÉFONO</b> ( <i>con código de área</i> )	<b>d. Fax</b> ( <i>con código de área</i> )	<b>7. OBJETIVO DE LA RESTRICCIÓN</b> ( <i>Opcional</i> )
<b>8. FECHAS SOLICITADAS DE</b> a. INICIO	<b>RESTRICCIÓN</b> b. FIN	
<b>9. ESPECIFICAR INFORMACIÓN MÉDICA A RESTRINGIR</b> ( <i>Use espacio adicional en la parte de atrás</i> )		
SECCIÓN III. FIRME A CONTINUACIÓN		
<b>10. FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR</b>	<b>11. RELACIÓN CON EL PACIENTE</b> ( <i>Si corresponde</i> )	<b>12. FECHA</b>
SECCIÓN IV. PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA		
<b>FECHA DE RECEPCIÓN:</b>	<b>FECHA MARCADA PARA LA RESTRICCIÓN DE LA DIVULGACIÓN:</b>	<b>EMPLEADO:</b>
<b>FECHA DE RECEPCIÓN:</b>	<b>FECHA MARCADA PARA EL ASEGURADOR DNB:</b>	<b>EMPLEADO:</b>