



SOLICITUD DE RESTRICCIONES ADICIONALES

Use este formulario para solicitar que Cook County Health (CCH) acepte restricciones adicionales sobre la forma en que usamos y revelamos su Información Médica Protegida (PHI). A esta solicitud la denominamos una "Solicitud de Restricciones Adicionales".

1. Usted puede solicitar que CCH aplique restricciones adicionales sobre la forma en que usamos y revelamos su PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como para los usos y revelaciones de su PHI a familiares y amigos involucrados en su atención o en el pago de esta. La HIPAA le permite presentar una solicitud, pero no nos exige aceptarla. Encontrará más información sobre estos requisitos en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
2. Puede solicitar que CCH restrinja la revelación de su PHI a un plan médico para fines de pago u operaciones de atención médica, si la PHI se relaciona únicamente con un artículo o servicio de atención médica que usted haya pagado en su totalidad de su propio bolsillo. Si su solicitud cumple con estos requisitos, CCH deberá cumplirla. Tenga en cuenta que esta restricción no se aplicará a las revelaciones hechas con fines de tratamiento.

Para que CCH pueda responder de manera rápida y precisa a su Solicitud de Restricciones Adicionales, complete este formulario en su totalidad.

Apellido de la persona			Nombre de la persona		Segundo nombre de la persona		
Fecha de nacimiento	Mes	Día	Año	Fecha de hoy	Mes	Día	Año
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	
RESTRICCIÓN SOLICITADA							
Describa detalladamente cómo quiere que CCH restrinja adicionalmente el uso y la revelación de su PHI.							
MOTIVO DE LA SOLICITUD DE RESTRICCIONES ADICIONALES							
Especifique los motivos de su Solicitud de Restricciones Adicionales.							
Firma de la persona				Fecha			
PARA REPRESENTANTES PERSONALES DEL PACIENTE							
Nombre del representante personal				Relación con la persona			
Por la presente certifico que tengo la autoridad legal conforme a la ley aplicable para hacer esta solicitud en nombre de la persona identificada arriba.							
Firma del representante personal				Fecha			
Devuelva este formulario a la siguiente dirección.							
O llame a este número si tiene preguntas: 1-877-476-1873				Ashley Huntington, JD, CHC Privacy Officer 1950 W. Polk Street, Suite 9217 Chicago, IL 60612			

Coloque la etiqueta del paciente aquí