



360 Campus Lane
Suite 100
Fairfield, CA 94534

SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Miembro que solicita la restricción:

Nombre: _____

Identificación del miembro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Lea la siguiente información y proporcione los datos que se le solicitan:

Tiene derecho a solicitar la restricción del uso o la divulgación de su información de salud protegida. **No tenemos ninguna obligación de aceptar su solicitud. Si la aceptamos, nuestro acuerdo debe ser por escrito y entonces restringiremos el uso o la divulgación de su información de salud protegida, de acuerdo con su solicitud.** Sin embargo, podemos usar o divulgar la información en un caso apropiado de emergencia médica, cuando la información sea necesaria para su tratamiento, cuando usted nos autorice por escrito a usar o divulgar la información o cuando así lo requiera la ley.

Usted puede cancelar la restricción en cualquier momento, por medio de un aviso escrito. Nosotros podemos cancelar nuestro acuerdo de restricción del uso o la divulgación de su información de salud protegida en cualquier momento, por medio de un aviso escrito. Si acepta nuestra decisión de cancelar la restricción, su información de salud protegida ya no estará sujeta a dicha restricción. Si no acepta, la cancelación de la restricción se aplicará únicamente a su información de salud protegida que recibamos después de darle el aviso de nuestra cancelación de la restricción. Para ejercer su derecho de solicitar la restricción del uso o la divulgación de su información de salud protegida, llene esta sección.

Especifique la información de salud protegida para la que desea la restricción del uso o la divulgación.

CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA

X:\Miembros\PHI_Restrict_Request_Form_SP.doc

Firma del miembro

Solicito que Partnership Health Plan of California (PHC) restrinja el uso o la divulgación de mi información de salud protegida, como lo especifico arriba. Entiendo que PHC no tiene ninguna obligación de aceptar mi solicitud y que no habrá ningún acuerdo, a menos que la Compañía me informe por escrito que acepta mi solicitud.

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

Si una persona que no sea el miembro llena este formulario:

Nombre del representante personal:

Relación con el miembro:

TIENE DERECHO A OBTENER UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD

Dirija la solicitud a:

Privacy Officer
Partnership HealthPlan of California
360 Campus Lane, Suite 100
Fairfield, CA 94534

O

Por FAX al 707-863-4117, Attention: Privacy Officer