



**REQUEST FOR RESTRICTION ON USE AND DISCLOSE OF PATIENT HEALTH INFORMATION**

<b>Patient Information:</b>	
Patient's Legal name _____ <small>(Print Last Name, First Name)</small>	MR# _____
Date of Birth _____	Social Security No. _____ Telephone No. _____
Address _____ <small>(mm/dd/yy)</small>	City _____ State _____ Zip Code _____

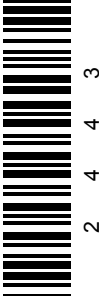
<b>The Restriction request applies to (Check box to the left for those that apply and provide additional information):</b>	
<input type="checkbox"/>	I do not authorize the use and/or disclosure of my PHI to the following person or entity <b>(provide name of person &amp; relationship, or entity name):</b> <b>Name of Person/Relationship:</b> _____ <b>Entity Name:</b> _____
<input type="checkbox"/>	I am requesting my insurance company is not provided clinical information or billed for services related to the _____ date of service. I accept financial responsibility and have paid in full the out of pocket expense(s). <b>(provide the name of the health plan and the subscriber number):</b> _____
<b>COMPLETE THE FOLLOWING FOR ALL REQUESTS:</b> I am requesting the following specific health information be restricted from the person(s) or entity stated above (include dates of service(s), where applicable). (Note: Date of service and the service/procedure you wish to restrict from disclosure must be provided if the request is to restrict this health information from your health plan):	
Explain the Reason for this Restriction Request <b>(required)</b> : _____ _____ _____	

I understand Denver Health will consider my request. However, under federal law, it is not required to agree to a requested restriction. Denver Health may deny my request if it affects Denver Health's ability to perform treatments or places an unreasonable burden on its operations or information practices.

Denver Health will agree to a request to restrict disclosure of my information to a health insurance plan if the disclosure is for the purpose of payment or health care operations and is not otherwise required by law, and the information pertains solely to a health care item or service for which I have paid Denver Health in full. If Denver Health agrees to my request for limits, it may still use and disclose my records if they are needed to perform emergency care. Also, Denver Health may end this agreement in the future after Denver Health informs me that it is terminating the agreement to a restriction.

I may revoke the restrictions I place on my records at any time by informing Denver Health in writing.

**Send this information to:**  
**301 W. 6th Avenue, Denver, CO 80204**  
**(P) 303-602-8000 (F) 303-602-8003**  
**(E) DH\_HIM@dhha.org**



\_\_\_\_\_  
Patient/Legal Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Personal Representative Relationship to Patient

DENVER HEALTH  
**SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO Y  
 DIVULGACIÓN**  
**INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE**



**DENVER HEALTH**  
 est. 1860

<b>Información del paciente:</b>	
Nombre legal del paciente _____ <small>(Apellido, nombre en letra de imprenta)</small>	No. de registro médico (MR#) _____
Fecha de nacimiento _____ <small>(mm/dd/aa)</small>	No. de Seguro Social _____
Dirección _____	No. de teléfono _____
Ciudad _____	Estado _____
	Código Postal _____

<b>La solicitud de restricción se aplica a (marque la casilla que corresponda a la izquierda y proporcione información adicional):</b>	
<input type="checkbox"/>	No autorizo el uso o divulgación de mi información privada de salud (PHI) a la siguiente persona o entidad <b>(escriba el nombre de la persona y su relación con usted, o el nombre de la entidad):</b> <b>Nombre de la persona y la relación:</b> <b>Nombre de la entidad</b>
<input type="checkbox"/>	Solicito que no se proporcione información clínica a mi compañía de seguros ni se le facturen los servicios relacionados con la fecha _____ del servicio. Acepto la responsabilidad financiera y he pagado la totalidad de los gastos de mi bolsillo. <b>(proporcione el nombre del plan de salud y el número de suscriptor):</b>
<b>COMPLETE LO SIGUIENTE PARA TODAS LAS SOLICITUDES:</b>	
Solicito que se restrinja la siguiente información médica específica de las personas o entidades indicadas anteriormente (incluya las fechas de los servicios, cuando corresponda). (Nota: Si la solicitud es para restringir esta información médica de su plan de salud, debe indicar la fecha del servicio y el servicio o procedimiento cuya divulgación desea restringir):	
Explique el motivo de esta solicitud de restricción <b>(obligatorio)</b> : _____ _____ _____	

Entiendo que Denver Health considerará mi solicitud. Sin embargo, según la ley federal, no tiene que acceder a una solicitud de restricción. Denver Health puede rechazar mi solicitud si lo que solicito afecta la capacidad de Denver Health para realizar tratamientos o coloca una carga irrazonable en sus operaciones o prácticas de información.

Denver Health aceptará una solicitud para restringir la divulgación de mi información a un plan de seguro de salud si la divulgación es para fines de pago u operaciones de atención médica y la ley no requiere su divulgación, y si la información se relaciona solo con un elemento o servicio de atención médica por el cual he pagado a Denver Health en su totalidad. Si Denver Health acepta mi solicitud de límites, aún puede usar y divulgar mis registros si son necesarios para brindar atención de emergencia. Además, Denver Health puede poner fin a este acuerdo en el futuro después de que Denver Health me informe que está terminando el acuerdo relativo a una restricción.

Puedo revocar las restricciones que establezco en mis registros en cualquier momento si indico mi revocación a Denver Health por escrito.

**Envíe esta información a:**  
**301 W. 6th Avenue, Denver, CO 80204**  
**(P) 303-602-8000 (F) 303-602-8003**  
**(E) DH\_HIM@dhha.org**

\_\_\_\_\_  
 Firma de paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación del representante personal con el paciente

