



REQUEST FOR RESTRICTION ON USE AND DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION

Patient Information:

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

The restriction request applies to (Check box to the left for those that apply and provide additional information):

- ☐ I do not authorize the use and/or disclosure of my PHI to the following person or organization ("**all**" will not be accepted).
Name of Person/Relationship: _____
Organization Name: _____
- ☐ I am requesting my insurance company not be provided clinical information or billed for services related to date of service _____. I accept financial responsibility and have paid in full the out of pocket expense(s).
(provide the name of the health plan and the subscriber number): _____

COMPLETE THE FOLLOWING FOR ALL REQUESTS:

Specific health information to be restricted: _____

Dates of Service: From _____ To _____

Note: Date of service and the service/procedure you wish to restrict from disclosure must be provided if the request to restrict this health information is from your health plan.

Please check the reason for this restriction request: ☐ Privacy Concern ☐ Safety Concern

☐ Other (Please Explain): _____

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

(E) DH_HIM@dhha.org

 Patient/Legal Representative

 Date

 Personal Representative Relationship to Patient





SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DEL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Información del paciente:			
Nombre legal del paciente _____	MR# _____		
(Apellido, nombre en letra de imprenta)			
Fecha de nacimiento _____	Nº de Seguro Social _____	Nº de teléfono _____	
(mm/dd/aa)			
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____

La solicitud de restricción se aplica a (Marque la casilla de la izquierda para lo que corresponda y proporcione información adicional):

☐	No autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida (PHI) a la siguiente persona u organización (no se aceptará "a nadie") . Nombre de la persona/parentesco: _____ Nombre de la organización: _____
☐	Solicito que no se dé a mi compañía de seguro información clínica ni se facturen servicios relacionados con fecha de servicio _____. Acepto la responsabilidad financiera y he pagado en su totalidad de mi bolsillo el gasto o gastos. (indique el nombre del plan de seguro médico y el número del suscriptor): _____

COMPLETE LO SIGUIENTE PARA TODAS LAS SOLICITUDES:

Información de salud específica que se desea restringir:

Fechas de servicio: Desde _____ Hasta _____

Nota: Debe poner la fecha del servicio y el servicio/procedimiento cuya divulgación desea restringir si la solicitud para restringir esta información de salud es de su plan de seguro médico.

Indique el motivo de esta solicitud de restricción: ☐ Preocupación por privacidad ☐ Preocupación por seguridad
☐ Otro (por favor, explique): _____

Entiendo que Denver Health considerará mi solicitud. Sin embargo, según la ley federal, no está obligado a aceptar una restricción solicitada. Denver Health puede denegar mi solicitud si esta afecta la capacidad de Denver Health de realizar tratamientos o supone una carga irrazonable para sus operaciones o prácticas de información.

Denver Health accederá a una solicitud de limitar la divulgación de mi información a un plan de seguro médico si la divulgación se realiza con fines de pago u operaciones de atención médica y no se requiere por ley de otro modo, y la información pertenece únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que he pagado a Denver Health en su totalidad. Si Denver Health acepta mi solicitud de límites, podrá seguir usando y divulgando mis registros si son necesarios para llevar a cabo una atención médica de emergencia. Además, Denver Health puede poner fin a este acuerdo en el futuro después de que Denver Health me informe de que está poniendo fin al acuerdo a una restricción.

Puedo revocar las restricciones que impongo a mis registros en cualquier momento informando a Denver Health por escrito.

Envíe esta información a:
301 W. 6th Avenue, Denver, CO 80204
(T) 303-602-8000
(E) DH_HIM@dhha.org

 Paciente/Representante legal

 Fecha

 Representante personal / Relación con el
 paciente F61-345SP (9/25) Página 2 de 2

