Catholic Health

SOLICITUD DE PROTECCIONES DE PRIVACIDAD ADICIONALES

Amendment - SCAN, REQ ADDITIONAL PRIV PROTECT SP, 8/29/23

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información importante: *Al completar este formulario, solicita que se implementen protecciones de privacidad adicionales para su información de salud protegida. Esta solicitud solo se cumplirá luego de que Catholic Health la reciba. Catholic Health no es responsable de las acciones tomadas antes de recibir su solicitud. Las protecciones podrían no aplicarse en todas las situaciones, como en una emergencia; sin embargo, Catholic Health cumplirá con las solicitudes que se indican abajo de acuerdo con la ley aplicable.*

*Esta solicitud se debe enviar a cada entidad de Catholic Health, incluidos hospitales, consultorios, programas y centros en los que se aplicaría la solicitud.

Seleccione la solicitud adecuada abajo:

☐ **Solicitar restricción de uso, acceso o divulgación**

Proporcione una descripción de su solicitud de restricción. (Por ejemplo: entidad/persona/tipo de información)

_____

_____

_____

☐ **Eliminar la restricción de uso, acceso o divulgación**

Fecha de la firma (si la conoce): _____

☐ **Solicitud de comunicaciones confidenciales**

Use la información de contacto alternativa que figura abajo:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ ☐ celular ☐ particular ☐ trabajo

☐ **Revocar la autorización anterior para divulgar información médica de conformidad con la HIPAA**

Fecha de la firma (si la conoce): _____ *Divulgación original a (persona/entidad):* _____

Nombre del paciente o del representante personal:

_____ _____

En letra de imprenta Firma

Si es el representante personal, complete la siguiente información:

_____ _____

Relación con el paciente Información de contacto (si no es la de arriba)

FOR CATHOLIC HEALTH USE ONLY

Date Request Received: _____

Name of Workforce Member Processing: _____

MRN: _____ CSN: _____

System/s Updated: _____ Facility/Entity: _____