

Instrucciones para completar el pedido del miembro de Highmark Health Options del Formulario de restricción en el uso y la divulgación de información médica confidencial

Sección A: Información sobre el miembro

1. Escriba el nombre y el apellido del miembro cuya información se restringe.
2. Escriba el número de identificación del miembro.
3. Escriba la dirección del miembro.
4. Escriba la fecha de nacimiento del miembro.
5. Escriba el número de teléfono del miembro.

Sección B: Información médica que debe divulgarse

1. Escriba la información o los registros que desea restringir.
2. Escriba el nombre de la persona u organización a la que debe aplicarse la restricción.
3. Escriba las fechas en las que desea aplicar esta restricción.
4. Escriba el motivo de esta solicitud.

Sección C: Firma

1. Este formulario debe ser firmado y fechado por el miembro cuya información debe restringirse.
2. Si el miembro no puede firmar este formulario, el formulario podrá ser firmado y fechado por un representante personal con autoridad legal registrado en Highmark Health Options. Si el formulario es firmado por un representante personal en nombre del miembro:
 - a. Indique la relación del representante personal con el miembro.
 - b. Indique el número de teléfono del representante personal.
 - c. Indique la dirección del representante personal.

Sección D: Representantes personales

Si completa este formulario en nombre de un miembro de Highmark Health Options, tenga a bien indicar la autoridad legal que le otorga derecho (p. ej.: formulario de representante legal, poder notarial para atención médica, custodia legal, etc.) en esta sección.

Si aún no lo ha hecho, deberá completar un Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información y enviarlo a Highmark Health Options. Si el formulario no estuviera registrado al momento de recibir este formulario, la solicitud será denegada. El formulario se puede obtener y devolver de la misma manera que el Formulario de solicitud de restricción.



**Solicitud de restricción
en el uso y la divulgación de
información médica confidencial**

Sección A: Información sobre el miembro (en letra de imprenta)

Nombre del miembro:

Núm. de ID de miembro:

Dirección:

Fecha de nac.:

Teléfono:

Sección B: Restricción solicitada:

Describa la información o los registros que desea restringir (por ejemplo, resultados de pruebas de embarazo):

Escriba el nombre de la persona u organización a la que debe aplicarse la restricción:

Especifique las fechas en las que desea aplicar esta restricción:

Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ Fecha de finalización: ____ / ____ / ____

Indique el motivo de esta solicitud:

Sección C: Firma

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que Highmark Health Options restrinja el uso y la divulgación de la información médica confidencial creada o en poder de Highmark Health Options bajo ciertas circunstancias.

Entiendo que Highmark Health Options revisará mi solicitud después de recibir este formulario completado; sin embargo, Highmark Health Options podría no ser capaz de cumplir con todas las solicitudes y seguir proporcionando atención. Highmark Health Options no está obligado a aceptar todas las restricciones solicitadas por los miembros.

Entiendo que hasta que se tome una decisión, mi solicitud de restricción no será cumplida.
Entiendo que cualquier formulario incompleto devuelto a Highmark Health Options me será devuelto para que lo complete, y mi solicitud de acceso no se implementará hasta que no se reciba toda la información completa y se la procese.

Entiendo que no tengo derecho a restringir el uso o la divulgación de información requerida por la ley; necesaria para actividades de salud pública; relacionada con el abuso, la negligencia o la violencia doméstica; utilizada para actividades de supervisión médica; necesaria para procedimientos judiciales y administrativos; necesaria a efectos de la aplicación de la ley; necesaria para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad; necesaria para funciones públicas especializadas; o necesaria para programas de compensación por accidentes de trabajo.

Entiendo que si Highmark Health Options deniega mi solicitud, puedo tener derecho a solicitar que se reconsidere la decisión de la denegación. En tal caso, deberé presentar mi solicitud de reconsideración por escrito a:

Privacy Department
Highmark Health Options
PO Box 890419
Camp Hill, PA 17089

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta autorización es firmada por una persona en nombre del miembro que se indica en la parte superior de este formulario, adjunte el documento (es decir, poder legal general) que verifique la autoridad del firmante para actuar en nombre del miembro.

Sección D: Si usted es un representante personal que completa el formulario en nombre de un miembro de Highmark Health Options, escriba a continuación la relación y la razón legal que le otorga este derecho (es decir, poder notarial, tutela, etc.). Si no lo ha hecho, deberá completar un Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información y enviarlo a Highmark Health Options. Podrá obtener el formulario y devolverlo de la misma manera que el Formulario de solicitud para la restricción en el uso y la divulgación de información.

Si no es miembro, escriba su nombre:	Relación con el miembro:
Figura jurídica registrada:	Número de teléfono:

Dirección:

