



Solicitud de restricción de uso o divulgación de información médica protegida

Use este formulario para solicitar que se establezca una restricción al uso o divulgación de Blue Shield of California de su información médica protegida ("PHI") para ciertos fines permitidos, por ejemplo, realizar operaciones de tratamiento, pago u atención médica, o divulgar su PHI a miembros de la familia u otras personas involucradas en su atención. **Blue Shield of California no está obligado a aceptar su solicitud de restricción.** Le notificaremos por escrito si su solicitud ha sido concedida o rechazada. Incluso si se concede su solicitud, podemos seguir usando o divulgando la información restringida en el caso de una emergencia. Si se divulga información restringida para su tratamiento de emergencia, pediremos que el receptor no la use o divulgue más.

Persona que solicita la restricción:

Nombre:

Número de identificación de suscriptor:

Dirección:

Número de teléfono

Fecha de nacimiento:

¿Qué PHI desea restringir?

¿Qué restricción o restricciones desea aplicar al uso o divulgación de la PHI descrita anteriormente por parte de Blue Shield?

Firma de la persona o representante personal:

Firma

Fecha

Si este formulario es firmado por una persona que no es la persona o el padre/la madre de un niño menor de edad, por ejemplo, un representante personal/legal o tutor, debe **presentar documentación** que muestre su derecho a actuar en nombre de la persona con respecto a su atención médica/PHI, tal como una autorización válida en virtud de la HIPAA, un poder para atención médica o documentos de tutela. **También proporcione la siguiente información:**

Nombre, dirección y relación del representante con la persona para la cual se presenta esta solicitud (letra de molde):

Nota: Si esta solicitud se hace en nombre de un niño menor de edad, la restricción, si no se cancela antes, vencerá cuando el niño cumpla 18 años. Pueden regir otras condiciones y limitaciones para solicitudes de restricción presentadas en nombre de un niño menor de edad.

Devuelva la solicitud completada y firmada a: Blue Shield of California Privacy Office, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

H0504_13-SP_144A 07052013

S2468_13-SP_144A 07052013

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A55570XLB-SP_0923