



SOLICITUD DE RESTRICCIÓN

Propósito: Este formulario se utiliza para que una persona solicite restringir nuestro uso o nuestra divulgación de información de salud protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, o a personas involucradas en la atención de la persona o el pago de esa atención.

SECCIÓN A: Persona que solicita la restricción.

Información del miembro: Inserte información acerca de la persona que solicita la restricción.

Nombre del miembro: _____	Número de identificación del miembro: _____
Dirección del miembro: _____	Fecha de nacimiento del miembro: _____
_____	N.º del Seguro Social del miembro (opcional): _____
Número de teléfono del miembro: _____	Dirección de correo electrónico del miembro: _____

SECCIÓN B: A la persona: lea lo siguiente y complete la información solicitada.

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestro uso o nuestra divulgación de información de salud protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, o a personas involucradas en la atención de la persona o el pago de esa atención. **No tenemos ninguna obligación de estar de acuerdo con su solicitud.** Si lo estamos, nuestro acuerdo debe ser por escrito y entonces nosotros restringiremos nuestro uso o nuestra divulgación de su información de salud protegida como usted lo solicite. Es posible que, independientemente de nuestro acuerdo, usemos o divulguemos la información restringida necesaria para su tratamiento en una emergencia médica apropiada o cuando el uso o la divulgación sin su permiso por escrito sean autorizados o exigidos por la ley.

Usted puede cancelar la restricción en cualquier momento si nos lo notifica por escrito. Podemos cancelar nuestro acuerdo para restringir el uso o la divulgación de su información de salud protegida en cualquier momento si se lo notificamos a usted por escrito. Si está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar la restricción, su información de salud protegida ya no estará sujeta a la restricción. Si no está de acuerdo, nuestra finalización de la restricción se aplicará solo a su información de salud protegida que creemos o recibamos después de que le hayamos notificado de la finalización de la restricción.

La siguiente información generada por BlueCross BlueShield of Tennessee está sujeta a una solicitud de restricción:

- Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)
- Correspondencia escrita (o sea, cartas)
- Consultas telefónicas

Especifique la restricción que desea aplicar a esa información de salud protegida:

FIRMA DE LA PERSONA.

Solicito que ustedes restrinjan el uso o la divulgación de mi información de salud protegida como se especifica en la Sección B previa. Comprendo que ustedes no tienen ninguna obligación de estar de acuerdo con mi solicitud, y que no habrá ningún acuerdo a menos que ustedes me informen por escrito que están de acuerdo con mi solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta solicitud es realizada por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con la persona: _____

TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD.

Envíe el formulario completado a:

BlueCross BlueShield of Tennessee
Privacy Office
1 Cameron Hill Circle
Chattanooga TN 37402