

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT DALLAS  
CALLIER CENTER FOR COMMUNICAITON DISORDERS  
**SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO O DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

La Universidad de Texas en Dallas reconoce el derecho del paciente a solicitar restricciones en sus usos y divulgaciones de información médica con fines de pago, operaciones de atención médica y ciertas divulgaciones de notificaciones. En la práctica, normalmente la Universidad no puede aceptar restricciones en el uso y la divulgación de información médica. Sin embargo, la Universidad aceptará restricciones al proporcionar PHI a su aseguradora de salud para servicios o artículos por los cuales usted paga de su bolsillo en su totalidad, a menos que la ley estatal o federal requiera dicha divulgación. La Universidad considerará las circunstancias especiales por las que realiza su solicitud. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con la restricción solicitada a menos que se ponga fin a la restricción, el uso o la divulgación sean necesarios para su tratamiento de emergencia, o el uso o la divulgación estén legalmente permitidos por razones distintas al pago, las operaciones de atención médica o las divulgaciones de notificación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono diurno \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Describa los tipos de información médica o de pago que desea restringir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A quién solicita que no se divulgue esta información? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Por qué solicita esta restricción? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si el cumplimiento de su solicitud afectará la capacidad de la Universidad para recibir o realizar pagos en relación con un servicio o artículo, ¿cuál sería un método alternativo factible para que realicemos la operación de pago por realizar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Complete todo el formulario  
Adjunte páginas adicionales según sea necesario.

Solicitud de restricción de formulario

Si la solicitud está firmada por un Representante legal de la persona física:

Nombre impreso del representante legal: \_\_\_\_\_

Autoridad del representante para actuar en nombre del individuo: \_\_\_\_\_

Si lo firma un Representante legal de la persona, tenga en cuenta que debemos verificar que usted es el representante legal de esta persona a los efectos de presentar esta Solicitud. Adjunte cualquier documento que respalde esta autoridad (poder notarial, orden judicial, etc.). Como representante de esta persona, ¿podemos comunicarnos con usted a la dirección, al correo electrónico o al número de teléfono que figuran arriba? De lo contrario, proporcione su dirección postal, dirección de correo electrónico y número de teléfono a continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Solo para uso universitario**

Persona que procesa la solicitud de restricción: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción de la solicitud: \_\_\_\_\_

Restricción:  Otorgada       Denegada      Fecha de notificación del individuo: \_\_\_\_\_