



FORMULARIO DE RESTRICCIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

571806

Rev. 04/12

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE ADMISIÓN	UNIDAD/CLÍNICA	No. de REGISTRO MÉDICO	NUMERO DE CUENTA
---------------------	-------------------	----------------	------------------------	------------------

**Guía de la Facilidat**  **El Paciente/Padre o Madre/Representante Legal** no desea que Hartford Hospital divulgue información general sobre el paciente/mi hijo(a) (nombre, ubicación en la facilidad, estado general y orientación religiosa) en la guía de la facilidad al clero y/o a las personas que preguntan por el nombre del **paciente/mi hijo(a)**. **El Paciente/Padre o Madre/Representante Legal** entiende que no se le entregarán cartas, flores, paquetes, etc. mientras esté en el hospital, si **el Paciente/Padre o Madre/Representante Legal** solicita esta restricción.

**Familiares y Amigos**  **El Paciente/Padre o Madre/Representante Legal** no desea que Hartford Hospital divulgue o discuta la información de salud del **paciente/mi hijo(a)** con ningún familia o amigo del paciente/mi hijo(a) implicados en el cuidado del **paciente/mi hijo(a)**.

**El Paciente/Padre o Madre/Representante Legal** desea que Hartford Hospital divulgue o discuta la información de salud del **paciente/mi hijo(a)** sólo con los siguientes familiares o amigos.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Comunicaciones Confidenciales**  **El paciente/Padre o Madre/Representante Legal** solicita que el hospital se comunique de forma confidencial con **el paciente/mi hijo(a)** dándole al hospital una dirección o número de teléfono alternados que no sean la dirección ni el teléfono del hogar del **paciente/mi hijo(a)**. El hospital aceptará una solicitud razonable por escrito del **paciente/mi hijo(a)** sólo si:

- **El Paciente/Padre o Madre/Representante Legal** especifica la ubicación, la dirección o el número de teléfono alternado y/o la forma alternada de ponerse en contacto y
- **El Paciente/Padre o Madre/Representante Legal** accede a ser responsable de notificar al hospital de cualquier cambio en la dirección.

**Dirección:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Estado de la Solicitud**

**Motivo(s) de Denegación:**

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Otro:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Otras Restricciones**  **El Paciente/Padre o Madre/Representante Legal** solicita las siguientes restricciones para el uso y/o la divulgación de la información de salud del paciente/mi hijo(a):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Estado de la Solicitud**

**Motivo(s) de Denegación:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMAS**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Padre o Madre/Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Manejador de Privacidad o Persona Designada (Privacy Manager or Designee)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo (Witness)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**