



Formulario de solicitud de restricción

Revíselo antes de completarlo: Vea el contenido de las viñetas abajo para informarse más sobre las circunstancias que se aplican al uso de este formulario para limitar o restringir que se revele información médica protegida (Protected Health Information, PHI).

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido de soltera u otro nombre

Fecha de nacimiento: _____ **Número de expediente médico:** _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Centro visitado: _____

- No estamos obligados a aceptar esta solicitud de restricción, a menos que esté restringiendo la revelación de su PHI a un plan médico o un operador de planes médicos para tratamiento o servicios **que usted haya pagado en su totalidad**. Podemos quitar la restricción si no hace el pago.
- Podemos aceptar voluntariamente otras solicitudes de restricción. Cualquier restricción que hayamos acordado voluntariamente puede cancelarse al informarle dicha cancelación.
- Esta restricción no se aplicará a ninguna revelación de PHI que haya ocurrido antes de la implementación de esta solicitud.
- Las restricciones no se aplicarán cuando se necesite información para tratamiento de emergencia.
- **Las restricciones no pueden aplicarse a la compensación de los trabajadores.**
- Usted puede solicitar la cancelación de una restricción anterior en cualquier momento.

Solicito que Concentra®:

Ponga una restricción Quite una restricción anterior sobre el uso o la revelación de mi información médica protegida (PHI):

Información restringida: _____

Fecha de servicio: _____

Persona/entidad a la que no se puede revelar la PHI: _____

Otro: _____

Firma de la Persona	Fecha	O	Padre/madre/tutor designado/persona autorizada	Fecha
			Relación con el paciente	

Para procesarlo de la forma más eficiente

Envíe el formulario completado directamente al centro médico de Concentra donde recibió los servicios. Nuestra herramienta Location Finder (Localizador de centros) en Concentra.com tiene la información de contacto (teléfono, fax, dirección de correo postal) de los centros médicos de Concentra.

También puede enviar la solicitud a la Oficina de Privacidad de Concentra:

- Por correo postal: Concentra Privacy Office, 4714 Gettysburg Road, Mechanicsburg, PA 17055
- Por fax: 214-775-4408
- Por correo electrónico: privacyoffice@concentra.com

FOR INTERNAL USE ONLY

Facility: Refer to applicable internal procedure. Contact Concentra [Privacy](#) Office with questions.

Notice of Decision

We have accepted the restriction(s) you have requested above.

We have accepted only the following portion of the restriction(s) you have requested above: _____

We are unable to accept the restriction(s) you have requested above.

We are informing you that the above restrictions are being terminated. _____

Termination of the restriction you have requested has been completed. _____
Date
Date

Leadership Colleague Addressing This Matter	Title	Phone	Date
---	-------	-------	------