

MEMBER RESTRICTION TO RECORDS FORM / FORMULARIO DE RESTRICCIÓN DE ACCESO A LOS REGISTROS POR PARTE DEL MIEMBRO

Complete este formulario para solicitar una restricción en el uso y la divulgación de su información de salud. Utilice su tarjeta de identificación de miembro de Providence Health Assurance (PHA) para completar la información de la Parte A.

PART A: MEMBER INFORMATION *(Provide your name and personal information)* / PARTE A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO *(Proporcione su nombre e información personal)*

Member Last Name / Apellido del miembro	Member First Name / Primer nombre del miembro	Middle Initial / Inicial del 2.º nombre
Member Date of Birth / Fecha de nacimiento del miembro	Member Identification Number (see your ID card) / Número de identificación del miembro (consulte su tarjeta de identificación)	Group Number (see your ID card) / Número de grupo (consulte su tarjeta de identificación)
Member Home/Street Address / Dirección/calle de residencia del miembro	City, State, and Zip Code / Ciudad, estado y código postal	Preferred Phone Number / Número de teléfono preferido

PART B: TELL US WHAT INFORMATION YOU WOULD LIKE TO RESTRICT / PARTE B: INDÍQUENOS QUÉ INFORMACIÓN DESEA RESTRINGIR

☐ Revoke an existing restriction / Revocar una restricción existente:

(Skip to Signature Section D) / (Pase a la sección D de la firma)

Date of Revocation / Fecha de revocación

☐ Limit what PHA shares with others involved in your care or payment, or limit information about your location, condition or death. / Limitar lo que PHA comparte con otras personas involucradas en su atención o pago, o limitar la información sobre su ubicación, estado o fallecimiento.

Please list the person(s) below and describe what information should be restricted / Indique a continuación las personas y describa qué información debe restringirse:

Name / Nombre: _____

Relationship to You /
Relación con usted: _____

Specify Restriction /
Especifique la
restricción: _____

PART D: MEMBER SIGNATURE AND DATE / PARTE D: FIRMA DEL MIEMBRO Y FECHA

I understand that PHA does not have to agree to my requested restriction(s). I understand this request will be reviewed and I will be informed if this request is accepted. / Entiendo que PHA no está obligada a aceptar las restricciones que solicito. Entiendo que esta solicitud será revisada y que se me informará si es aceptada.

Member's Signature / Firma del miembro

Date / Fecha

*Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature /
Firma del representante designado/tutor legal del miembro*

Date / Fecha

Relationship to Member / Relación con el miembro: ☐ *Parent of a Minor / Padre madre del menor* ☐ **Legal Guardian / *Tutor legal* ☐ **Power of Attorney / *Poder de representación*

**If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing legal documentation of guardianship or power of attorney. / *Si este formulario está firmado por una persona distinta del miembro, adjunte la documentación legal que autoriza la tutela o el poder de representación.*

PARTE E: ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A PHA

Correo postal:	Fax:	Correo electrónico:
Providence Health Assurance PO Box 4327 Portland, Oregon 97208-4327	503-574-8608	phpprivacyprogram@providence.org

Si tiene alguna pregunta, llame a Providence Medicare Advantage Plans al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Atendemos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, cerraremos los sábados y domingos.



¿Qué implica mi derecho a restringir la información de salud?

Usted o su representante personal tienen derecho a solicitar una restricción de los usos y las divulgaciones de su información de salud protegida que conserva PHA. Solo se le permite solicitar una restricción de los usos o divulgaciones relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica; cualquier otro uso o divulgación exigido por la ley no puede ser modificado por PHA. Providence Health Plan entiende la importancia de mantener su información de salud confidencial. Usamos y compartimos únicamente la información que sea necesaria para proporcionarle servicios a usted según la ley lo permita y requiera.

¿Qué debo entender yo para usar este derecho?

- PHA responderá a su solicitud en un plazo de 30 días. Si necesitamos más tiempo (podría tardar hasta 30 días más), se lo comunicaremos por escrito.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de salud para determinados fines, como tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. En la mayoría de los casos, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si nos solicita que no compartamos información con su plan de salud con fines de pago u operaciones y usted ha pagado de su bolsillo la totalidad de ese servicio específico, debemos aceptar su solicitud.
- Le informaremos por escrito si podemos aceptar su solicitud de restricción.
- Si aceptamos una restricción, esta solo se aplicará a la información que conserva PHA.
- Si desea restringir los registros que tiene su proveedor, póngase en contacto con él directamente.
- No podemos aplicar restricciones a la información que ya se ha compartido.
- Si su solicitud es aprobada, se lo notificaremos por escrito.
- Si su solicitud es denegada, le explicaremos por qué y cómo puede responder por escrito si no está de acuerdo.
- Puede cancelar la restricción en cualquier momento poniéndose en contacto con el Servicio al Cliente.
- En caso de emergencia, PHA puede compartir la información necesaria para confirmar su elegibilidad o coordinar su atención médica.