



Solicitud de restricción de información médica protegida a un plan de salud

Nombre del paciente: _____ N.o de registro médico: _____ Fecha de servicio: _____
Fecha de nac.: _____

Al firmar este formulario, comprendo y acepto que:

- Solicito que Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics no revele mi información médica protegida a mi plan de salud o compañía de seguros de terceros para el(los) servicio(s) que se indica(n) a continuación.
- He leído y entiendo mis derechos de restringir el acceso a la información médica protegida a un plan de salud (página 2).
- Los registros de los servicios o artículos restringidos que se indican a continuación no se revelarán ni facturarán a mi plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica.
- Tengo la responsabilidad financiera de pagar esos servicios o artículos restringidos y me propongo pagar el monto total de bolsillo al momento de la prestación del servicio para que Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics acepte esta solicitud de restricción.
- Reconozco que soy consciente de la posible revelación de la mencionada información a mi plan de salud antes de completar este formulario si se cumplieron requisitos tales como la autorización previa.

Fecha de servicio(s): _____ a _____

Proveedor del servicio: _____

Descripción de los servicios o artículos que se van a restringir: _____

Plan de salud para el que se restringe la información: _____

Monto total (o estimado) a pagar: \$ _____

(Entiendo que soy responsable de todo cargo adicional no incluido en el presupuesto de este servicio)

ATENCIÓN: Si usted no paga la totalidad del monto adeudado, Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics puede cancelar esta solicitud de restricción, lo cual le será notificado por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____

Si firma alguien que no es el paciente: ☐ Padre/Madre/Representante legal ☐ Agente de salud (Poder para la atención de la salud)

Cancelación de la solicitud

☐ Solicito que se cancele la solicitud de restricción de información sobre los servicios mencionados anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Si firma alguien que no es el paciente: ☐ Padre/Madre/Representante legal ☐ Agente de salud (Poder para la atención de la salud)

Cuando haya completado el formulario, envíelo a Servicios Financieros para Clientes de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics a:

Fax: 608-775-2795

Correo electrónico: revenuecycle-billing-inbox@emplifyhealth.org

SOLO PARA USO SUPERVISORES (FOR SUPERVISOR USE ONLY):

Position Title of Reviewer(s) _____ Reviewed Date: _____

Request above is: ☐ Approved ☐ Denied

Reason for Denial:

☐ Payment in full not obtained ☐ Disclosure required by law (patient has Medicaid) ☐ Unable to unbundle services ☐ Other _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

DATE COPY OF FORM MAILED TO PATIENT FOR APPROVAL/DENIAL: _____

SOLO PARA USO INTERNO (FOR INTERNAL USE ONLY):

If approved, send original to Privacy Office, Mailstop: NCA1-09

1200 GRANT BLVD. W WABASHA, MN 55981 .

Privacy Office will scan into patient's medical records under doc type: Self-Pay Disclosure Restriction and add the FYI "Release Restriction".

DERECHOS DEL PACIENTE DE RESTRINGIR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A UN PLAN DE SALUD

Usted tiene derecho a solicitar restricciones de acceso a su información médica protegida que Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics comparte con (revela a) su plan de salud.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE CON RESPECTO A ESTA SOLICITUD:

- Recibir una copia de esta solicitud: Usted puede solicitar una copia de su **“Solicitud de restricción de información médica protegida a un plan de salud”** completada en cualquier momento.
- Negarse a firmar esta solicitud: Usted no tiene ninguna obligación de firmar este formulario. El plan de salud para el que se restringe el acceso a la información no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud ni el derecho a beneficios médicos a la decisión de firmar esta solicitud.
- Revelación restringida a proveedores no asociados con Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics: Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics no revelará información médica protegida restringida a su plan de salud, pero continuará compartiendo información con sus proveedores. Usted es responsable de notificar a todos los proveedores ajenos a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics que no revelen dichos servicios a su plan de salud.
- Revelación para servicios posteriores: En caso de que se requiera información médica protegida previamente restringida para cumplir el requisito de necesidad médica, autorización previa o pago de un servicio posterior de su plan de salud, y dicho servicio posterior no haya sido restringido ni pagado por usted, Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics está autorizada a revelar dicha información. Por lo tanto, si cualquier parte de la información médica protegida y previamente restringida forma parte de una visita de seguimiento en Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics, usted deberá solicitar la restricción nuevamente para esa visita de seguimiento. Esto incluiría la necesidad de solicitar la restricción para cualquier servicio de laboratorio o radiología relacionado si la restricción se aplica a esos servicios auxiliares como parte de su visita.
- Cancelación de esta solicitud: A fin de cancelar una solicitud anterior, debe comunicarse con Servicios Financieros para Clientes de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics, tel. 608-775-8660, para obtener su solicitud original: Formulario de **“Solicitud de restricción de información médica protegida a un plan de salud”**.
 - o En caso de realizarse la cancelación, se facturarán los servicios a su plan de salud.
 - o Si su plan de salud incluye requisitos que no se cumplieron debido a su solicitud original de restricción (es decir, presentación oportuna, autorización previa y requisitos de referencia, etc.), usted será responsable por cualquier denegación de pago por parte de su plan de salud, como así también por cualquier copago, deducible u otros cargos por servicios no cubiertos o pagados por un seguro u otros terceros pagadores.
- Pago por atención médica: El paciente será responsable del costo total de la atención y no se aplicará ningún descuento por pago directo.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics CON RESPECTO A ESTA SOLICITUD:

Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics solamente está obligada a cumplir con su solicitud de no revelar información médica protegida a su plan de salud cuando:

- Usted haya completado y firmado la **“Solicitud de restricción de información médica protegida a un plan de salud”**.
- No se requiera revelar la información a su plan de salud para cumplir con la ley federal o estatal.
- Al momento de la prestación del servicio o los servicios, usted deberá pagar la totalidad del costo total de bolsillo estimado.
 - o Si el pago no cubre el costo total del servicio o servicios, usted deberá pagar el saldo restante dentro de un plazo de 30 días a partir de la recepción de la factura del servicio o servicios.

Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics no está obligada a cumplir su solicitud cuando:

- Usted no paga en su totalidad, como se indica anteriormente. Cancelaremos su solicitud de restricción y se lo notificaremos por carta. La cancelación se producirá 30 días después de la fecha de la carta. Posteriormente, solicitaremos el pago a su seguro médico. Se conservará una copia de la carta en su historia clínica como validación de nuestra cancelación de su solicitud original de restricción o de su solicitud de cancelación de la restricción.