



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 Tri-County 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 Tri-County 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 Tri-County 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 Tri-County 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

18601 LINCOLN STREET WHITEHALL, WI 54773 .

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 Tri-County 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 Tri-County Hospital and Clinics: Gundersen Tri-County 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 Tri-County 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 Tri-County 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 Tri-County 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 Tri-County 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 Tri-County Hospital and Clinics CON RESPECTO A ESTA SOLICITUD:

Gundersen Tri-County 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 Tri-County 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.