

SOLICITUD: RESTRINGIR ENTREGA DE INFORMACIÓN A MI PLAN DE SALUD

- Solicito que Texas Tech University Health Sciences Center El Paso **no** revele mi información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) a mi plan de salud u otros terceros aseguradores.
- **He leído el formulario Derecho del paciente a restringir Información de Salud Protegida.**
- Los registros médicos de los servicios/artículos restringidos que se especifican abajo no se revelarán o facturarán a mis planes de salud para finalidad de pago u otras funciones de carácter médico.
- Soy responsable económicamente por los servicios/artículos restringidos y espero pagar por mi cuenta el total en el momento que se proporcionen estos servicios a fin de que TTUHSC El Paso acepte esta solicitud.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Dirección del paciente en letra de imprenta: _____

Número de teléfono en letra de imprenta: _____

Restricción solicitada:

Fecha del servicio: _____ / _____ / _____ Nombre del proveedor: _____

Servicios/artículos que se deben restringir: _____

Importe total (o cantidad calculada): \$ _____

(Tengo entendido que soy responsable del pago cuando se determine el monto (total))

Total de la cantidad recibida: _____

Firmado por: _____ Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___ a.m. p.m.

Paciente Padre/Madre/Tutor/Curador Representante (especifique): _____

Recibido por: _____ Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___ a.m. p.m.