



## Solicitud de restricciones sobre los usos y divulgaciones de información médica protegida

**Descripción:** Este formulario permite a una persona solicitar restricciones en la forma en que el Condado de Travis usa o divulga información de salud protegida.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (HIPAA) de 1996 le otorga el derecho de solicitar que el Condado de Travis restrinja sus usos o divulgaciones de su información de salud protegida. Para realizar una solicitud de restricciones, complete este formulario y devuélvalo a:

**HIPAA Compliance and Privacy Office**  
**700 Lavaca, Ste. 400**  
**Austin, TX 78701**

También puede enviar un formulario escaneado por correo electrónico a: [privacy@traviscountytexas.gov](mailto:privacy@traviscountytexas.gov).

Tenga en cuenta que el condado de Travis no está obligado a

aceptará la mayoría de las solicitudes y concederá dichas solicitudes solo si:

- La solicitud es por escrito.
- La solicitud no plantea dificultades administrativas indebidas.
- La solicitud restringiría la divulgación a un plan de salud de información que se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual ya ha pagado al Condado de Travis en su totalidad.

### **Parte I: Identidad del solicitante**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email Dirección: \_\_\_\_\_

Si está solicitando una restricción en nombre de otra persona, proporcione el nombre y la dirección de la persona en cuyo nombre está presentando y describa y proporcione pruebas\* de su relación jurídica con el individuo. Las relaciones legales reconocidas incluyen: padre de un hijo menor, tutor legal, poder notarial o albacea.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código postal

Relación con el individuo: \_\_\_\_\_

*\*El Condado de Travis aceptará documentación como un testamento ejecutado, un poder notarial o una orden judicial. También debe proporcionar una identificación con foto válida emitida por el gobierno.*

## **Parte II: Solicitud**

Componente del Condado de Travis\* que puede usar o divulgar su información médica protegida:

---

\*Una lista de los componentes cubiertos dentro del Condado de Travis está disponible en el Oficial de Cumplimiento y Privacidad de HIPAA o en la página web del Condado [de Travis https://www.traviscountytx.gov/hipaa](https://www.traviscountytx.gov/hipaa).

Una descripción de la información de salud protegida que deseo restringir el uso o divulgación del Condado de Travis es:

---

---

Los usos o divulgaciones que quiero restringir que el Condado de Travis haga para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica son:

---

## **Parte III: Información importante**

- Aunque el Condado de Travis no está obligado a aceptar todas las solicitudes de restricciones, revisará cada solicitud que reciba.
- Si el Condado de Travis acepta su solicitud de restricciones, el Condado de Travis no usará ni divulgará la información identificada en su solicitud a menos que dicho uso o divulgación sea requerido por la ley o el uso o divulgación sea necesario para proporcionarle tratamiento médico de emergencia.
- Ninguna restricción será efectiva hasta que reciba una confirmación por escrito del Condado de Travis de que su solicitud ha sido concedida.
- En el caso de que el Condado de Travis conceda su solicitud:
  - puede revocar su solicitud en cualquier momento completando una "[Solicitud de terminación de restricciones](#)" Forma
  - El Condado de Travis puede rescindir su acuerdo con dicha restricción informándole de su intención de hacerlo.

## **Parte IV: Reconocimiento**

Al firmar este formulario, reconozco que, en la mayoría de las circunstancias, el Condado de Travis no tiene la obligación de otorgar mi solicitud de restricciones. Además, reconozco que, si el Condado de Travis concede mi solicitud, las restricciones solicitadas no se aplicarán a los usos o divulgaciones descritos en la Parte III anterior.

---

*Firma de Solicitante*

---

*Fecha*

**SOLO PARA USO EN  
LA OFICINA**

**SOLO USO DE OFFICE**

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Recibido por: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Verificación de la identidad del solicitante:

- Identificación con foto
- Información de identificación
- Firma coincidente
- Otro: \_\_\_\_\_

Si la solicitud fue presentada por un Representante Personal, la autoridad del Representante Personal fue verificada por:

\_\_\_\_\_  
Por favor, imprima el nombre

Documentación proporcionada: 

- Testamento ejecutado
- Documentación del poder notarial
- Autorización firmada por el individuo
- Otros: \_\_\_\_\_

La solicitud fue:

- Aceptado
- Negado

Si la solicitud fue denegada, Motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha Notificación de solicitud de resolución enviada: \_\_\_\_\_

Firma del Oficial de Cumplimiento y Privacidad de HIPAA: \_\_\_\_\_

## Terminación de la restricción

\_\_\_\_\_  
*Nombre impreso del miembro o paciente del Plan*

\_\_\_\_\_  
*Firma del miembro del Plan, Paciente o Representante*

\_\_\_\_\_  
*Personal Fecha*