



**REQUEST FOR CONFIDENTIAL
COMMUNICATIONS AND/OR RESTRICTIONS
ON ACCESS, USE OR DISCLOSURE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION**



Amendment - SCAN, REQUEST FOR PHI RESTRICTION, 3/10/23

I hereby request that my Protected Health Information be confidentially communicated and/or restricted as described below. I understand that this request will apply to all future communications after the date listed below.

I understand that this request applies to each Catholic Health hospital and Catholic Health affiliates. Any other request for confidential communication or other restriction from any other health care provider must be made by contacting that health care provider directly.

Finally, I understand that if I do not respond in a timely manner to correspondence sent to the requested alternate address, correspondence is returned undeliverable to the requested alternate address, or the requested alternate phone is disconnected or out of service, the applicable Catholic Health entity will communicate with me via other means.

Patient Name: _____ Date: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Location(s) Where Patient Receives Medical Treatment: _____

Restriction on Use, Access or Disclosure Requested:

Description of requested restriction, if applicable (including person/entity and content of Protected Health Information that is to be restricted, such as date of service, type of treatment or other health care services):

Confidential Communication Requested – Please use alternate contact information below:

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Telephone Number: (_____) _____

Patient Signature or Personal Representative: _____ Date: _____

This form should be submitted to the following: [INSERT ADDRESS]

FOR OFFICE USE ONLY

Date Request Received: _____

Name of staff member: _____ Patient MRN _____ Account Number _____

Patient Date of Encounter: _____

System updated to reflect alternate information by: _____



**SOLICITUD DE COMUNICACIÓN
CONFIDENCIAL O RESTRICCIÓN DE
ACCESO, USO O DIVULGACIÓN DE LA
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**



Amendment - SCAN, REQUEST FOR PHI RESTRICTION, 3/10/23



Por la presente, solicito que mi información médica protegida se comunique de manera confidencial o se restrinja, como se describe a continuación. Entiendo que esta solicitud se aplicará a todas las futuras comunicaciones posteriores a la fecha indicada a continuación.

Entiendo que esta solicitud se aplica a cada afiliado de Catholic Health Hospital y de Catholic Health. Cualquier otra solicitud de comunicación confidencial u otra restricción de cualquier otro prestador de atención médica se debe presentar comunicándose directamente con ese prestador de atención médica.

Por último, entiendo que si no respondo en tiempo y forma a la correspondencia enviada a la dirección alternativa solicitada, tal correspondencia se devolverá como no entregable a la dirección alternativa solicitada o, en el caso de que el número de teléfono alternativo solicitado no funcione o esté desconectado, alguien de Catholic Health se comunicará conmigo por algún otro medio.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ubicaciones donde el paciente recibe tratamiento médico: _____

Restricción solicitada de uso, acceso o divulgación:

Descripción de la restricción solicitada, si corresponde (incluye la persona/entidad y el contenido de la información médica protegida que se restringirá, como la fecha de servicio, el tipo de tratamiento u otros servicios de atención médica):

Comunicación confidencial solicitada. Utilice la información de contacto alternativa a continuación:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Firma del paciente o del representante personal: _____ Fecha: _____

Este formulario debe enviarse a: [INSERTAR DIRECCIÓN]

FOR OFFICE USE ONLY

Date Request Received: _____

Name of staff member: _____ Patient MRN _____ Account Number _____

Patient Date of Encounter: _____

System updated to reflect alternate information by: _____