



Request for Restriction of Use and Disclosure of Protected Health Information

(Page 1 of 2)

8071-177 MR 07/25 (translated 08/25)



Under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), you have the right to request that Children's Mercy Hospital ("CMH") restrict how your or your child's protected health information is used or disclosed. **Please complete and sign this form if you wish to request a restriction. Once completed, bring, fax, or mail the form to Health Information Management: Children's Mercy Hospital, ATTENTION: Health Information Management, 2401 Gillham Road, Kansas City, MO, 64108. Fax: (816) 234-3458**

Patient Name: _____ MRN: _____ Date of Birth: ____/____/____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

In making this request for restriction, I understand the following:

- CMH will try to accommodate all reasonable restriction requests but is not required to agree unless the request is regarding a disclosure of my or my child's health information to a health plan for purposes of payment or health care operations, is not otherwise required by law, and the information relates to a healthcare service for which I or another individual (not a health plan) has already paid CMH in full.
- I will be notified in writing within 10 days whether my request for restriction has been accepted by CMH.
- Any restriction CMH accepts will be limited to information under CMH's control. For example, it would not include information sent to me by my insurance company.
- I may end this restriction at any time by notifying the CMH Health Information Management Department in writing.
- Restrictions for minors will expire when they reach age 18.
- CMH may disclose restricted protected health information if necessary to treat me or my child in a medical emergency and a restriction agreed to by CMH is not effective to prevent uses or disclosures required or authorized by law.
- CMH may end its agreement to restrict use or disclosure of my or my child's protected health information if I agree or am informed in writing. If I agree, the restriction will be lifted. If I disagree, new protected health information created or received after I am notified will not be subject to this restriction.

Please indicate the specific protected health information you would like restricted, including the date(s) and location(s) of service:

This restriction applies to (*check which box applies, or check both boxes*):

- ☐ use and disclosure of protected health information for purposes of carrying out treatment, payment or health care operations,
- ☐ disclosure of protected health information to family or friends involved in my care identified below:

I do not want my or my child's protected health information disclosed to the following individual(s) / organization(s):

	Name	Relationship to patient	Phone Number
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Our Notice of Privacy Practices provides more detailed information about how we may use and disclose protected health information about you or your child.

A copy is available at childrensmercy.org/about-us/legal/notice-of-privacy-practices/

I have read and understand the above information and request CMH restrict the use or disclosure of my or my child's protected health information as indicated on this form.

Signature of Patient, Parent, or Legal Guardian _____ Printed Name/Relationship _____ Date ____/____/____

STAFF USE ONLY / SOLO PARA EL USO DEL PERSONAL

Interpreter's Signature _____ Printed Name _____ Date ____/____/____

Hospital Representative:

☐ Request for Restriction Accepted ☐ Unable to Accept Request for Restriction ☐ Partial, specify: _____

Signature _____ Title _____ Date ____/____/____

**Solicitud para la restricción del uso y revelación de información médica protegida****(Página 2 de 2)**

8071-177S MR 07/25 (traducido el 08/25)

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), usted tiene el derecho de solicitar que el Children's Mercy Hospital ("CMH") restrinja cómo se usa o revela su información médica protegida o la de su hijo. **Complete y firme este formulario si quiere solicitar una restricción. Una vez completado, entregue, envíe por fax o por correo el formulario a Health Information Management: Children's Mercy Hospital, ATTENTION: Health Information Management, 2401 Gillham Road, Kansas City, MO, 64108. Fax: (816) 234-3458**

Nombre del paciente: _____ Número de expediente médico: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Al hacer esta solicitud de restricción, entiendo lo siguiente:

- CMH intentará acomodar todas las solicitudes razonables de restricción pero no está obligado a aceptarlas, a menos que la solicitud se refiera a una revelación de mi información médica o la de mi hijo a un plan médico con fines de pago u operaciones de atención médica, no esté requerida por ley y la información se relacione con un servicio de atención médica que yo u otra persona (que no sea un plan médico) haya pagado a CMH en su totalidad.
- Seré notificado por escrito dentro de 10 días si CMH acepta mi solicitud de restricción.
- Toda restricción que acepte CMH se limitará a la información bajo el control de CMH. Por ejemplo, no incluirá la información que me envíe mi compañía de seguros.
- Puedo terminar esta restricción en cualquier momento avisando por escrito al Departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management Department) de CMH.
- Las restricciones para menores vencerán cuando cumplan 18 años.
- CMH puede revelar información médica protegida restringida si es necesario para tratarme a mí o a mi hijo en una emergencia médica y si una restricción aceptada por CMH no es eficaz para impedir usos o revelaciones requeridos o autorizados por la ley.
- CMH puede terminar su acuerdo de restricción del uso o revelación de mi información médica protegida o la de mi hijo si estoy de acuerdo o si me lo informan por escrito. Si estoy de acuerdo, se eliminará la restricción. Si no estoy de acuerdo, la nueva información médica protegida creada o recibida después de ser notificado no se someterá a esta restricción.

Indique la información médica protegida específica que quiere restringir, incluyendo las fechas y lugares del servicio:

Esta restricción corresponde a (*marque la casilla correspondiente, o marque ambas*):

- ☐ el uso y la revelación de información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica,
- ☐ la revelación de información médica protegida a familiares o amistades que participan en mi atención y que están identificadas abajo:

No quiero que mi información médica protegida o la de mi hijo se revele a las siguientes personas/organizaciones:

	Nombre	Relación con el paciente	Teléfono
1.	_____		
2.	_____		
3.	_____		

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad da más información detallada sobre cómo podemos usar y revelar su información médica protegida o la de su hijo. Hay una copia disponible en childrensmercy.org/about-us/legal/notice-of-privacy-practices/

Leí y entiendo la información de arriba y solicito que CMH restrinja el uso o revelación de la información médica protegida mía o de mi hijo tal como se indica en este formulario.

Firma del paciente, padre, o tutor legal

Nombre en letra de molde/Relación

Fecha

STAFF USE ONLY / SOLO PARA EL USO DEL PERSONAL

Interpreter's Signature

Printed Name

Date

Hospital Representative:

☐ Request for Restriction Accepted ☐ Unable to Accept Request for Restriction ☐ Partial, specify: _____

Signature

Title

Date