DEPARTAMENTO DE AYUDA PÚBLICA DE ILLINOIS
PEDIDO PARA RESTRINGIR USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

- Usted tiene el derecho de pedir que el Departamento de Ayuda Pública de Illinois (Agencia) restrinja la manera en que usa y comparte la información personal de mi salud para propósitos de tratamiento, pago y cuidado de salud.
- No se requiere que la Agencia esté de acuerdo con el pedido de su restricción, pero hará lo que pueda para acomodar todos los pedidos razonables.
- En cualquier momento usted puede estar de acuerdo verbalmente o por escrito para retirar su pedido para una restricción.
- La Agencia puede terminar el acuerdo para restringir cómo usa y comparte la información personal de su salud si le informa a usted que está terminando el acuerdo. El acuerdo para terminar la restricción sólo efectivo en la información personal de su salud que la Agencia crea o recibe después de la fecha en que la Agencia le informa a usted que el acuerdo para restringir ha sido terminado.

Mi nombre: ..... Fecha de Nac.: .....

Número de Identificación del Cliente (RIN): .....

Yo pido que la Agencia restrinja la manera en que usa y comparte la información personal de mi salud de esta manera:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma: ..... Fecha: .....

Envíe este **Pedido de Restrinción** a:

Privacy Officer
Illinois Department of Public Aid
P.O. Box 19159
Springfield, IL 62794-9159

Fax: 1-312-793-2005

Comuníquese con el Oficial de Privacidad del Departamento de Ayuda Pública de Illinois:

Privacy Officer
Illinois Department of Public Aid
P.O. Box 19159
Springfield, IL 62794-9159

Teléfono: 1-800-226-0768 (llamada gratis)
(Línea de Información de Beneficios de Salud)
TTY: 1-877-204-1012, llamada gratis para las personas que usan un teletipo
Fax: 1-312-793-2005
e-mail: **privacyofficer@mail.idpa.state.il.us**