

Solicitud de Restricción de la Información de Salud Protegida

Por favor tenga en cuenta: El centro médico no está obligado a aceptar su solicitud. Por favor lea nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) para mayor información sobre dichas solicitudes.

Nombre del paciente: _____
_____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código Zip: _____

¿Qué Información protegida de salud le gustaría restringir o limitar? (Por favor sea tan específico como pueda).

¿Cómo le gustaría que se restringiera su PHI?

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

En el caso de que esta solicitud sea firmada por un representante personal, tutor o padre/madre, por favor escriba en mayúsculas su nombre, relación con el paciente, y el tipo de autorización que tiene para actuar en nombre del paciente.

Nombre en mayúsculas _____ Relación con el/la paciente: _____

¿Cuál es su autorización para actuar en nombre del paciente? _____

Firma _____ Fecha _____