

## SOLICITUD PARA RESTRINGIR EL USO Y LA DIVUGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al completar esta solicitud, usted está pidiendo las siguientes restricciones a ser consideradas como limitaciones para el Reading Hospital en el uso y la divulgación de su Información Protegida de Salud (PHI - siglas en inglés). Si se aprueba su solicitud, el Reading Hospital no usará ni divulgará la información que usted haya restringido.

A usted se le va a notificar por escrito la decisión de aceptar o rechazar su solicitud dentro de 30 días. Hasta que se haya tomado una decisión, su pedido de restricción no será aprobado.

**RESTRICCIONES ACEPTADAS** (Por favor proporcione detalles específicos y fechas de servicio)

<u>Detalles</u>	<u>Fechas de Servicio</u>
1.	
2.	
3.	

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

\_\_\_\_\_  
FECHA