



CHILDREN'S MEDICAL CENTER
 1935 Medical District Drive • Dallas, Texas 75235
 7609 Preston Road • Plano, Texas 75024
 Dallas (214) 456-7000 Legacy (469) 303-7000

N.º de expediente medico: _____

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

ROIF
 CMC52522-001

Rev. 6/2009

Solicitud de restricción del uso o divulgación de Información de salud

Deseo restringir el uso o la divulgación de la información de salud de este paciente a terceros. Comprendo que esta solicitud puede o no ser concedida. En caso de ser concedida, se cumplirá con la restricción, a menos que la información se necesite para proporcionar tratamiento de emergencia al paciente.

INFORMACIÓN QUE SE RESTRINGIRÁ:

Responda a cada una de las preguntas siguientes para cada tipo de restricción solicitada. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

1. ¿Qué información de salud desea restringir, como por ejemplo una cirugía específica?
2. ¿A quién desea que se impongan estas restricciones? Proporcione el nombre y la dirección.
3. ¿Por qué periodo de tiempo se solicita aplicar esta restricción?

Restricción n.º 1: _____

Restricción n.º 2: _____

Firma del Paciente / Padres / Tutor legal: _____

Nombre en letra de molde: _____ Parentesco con el paciente: _____ Fecha: _____

**TO BE COMPLETED BY PERSON PROCESSING REQUEST
 (ESTA PARTE LA LLENARÁ LA PERSONA QUE PROCESA LA SOLICITUD)**

Date received: _____ Received by: _____ Departament: _____
 (Recibida el) (Recibida por) (Departamento)

Status of restriction: _____
 (Situación de la restricción)

Medical record number / account number (Número de expediente médico / Número de cuenta):

- Granted - record flagged by (Concedida - expediente marcado por): _____
- Denied - denial reason (Denegada - motivo de la denegación): _____

PRIVACY OFFICER APPROVAL SIGNATURE / DATE (FIRMA Y FECHA DE APROBACIÓN DEL FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD):

Date reviewed: _____ Date copy sent to requestor of restriction: _____
 (Fecha de revisión) (Fecha de envío de copia al solicitante de la restricción)

Date terminated: _____ Record flag removed by: _____ Department _____
 (Fecha de terminación) (Marca del expediente retirada por) (Departamento):