

Solicitud para Restringir las Divulgaciones sobre la Información de la Salud

Por favor complete y regrese este formulario a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.
Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente _____ <small>(Primer Nombre, Segundo, Apellido)</small>	Fecha de Nacimiento del Cliente _____
Dirección del Hogar del Cliente _____	
Dirección para el Correo del Cliente (si es diferente) _____	
Teléfono del Cliente _____	
Nombre del Solicitador (si no es el cliente) _____	
Teléfono del Solicitador _____ Número de Fax del Solicitador (opcional) _____	
<i>Por favor anote a dónde le gustaría que enviemos nuestra respuesta a su pedido.</i>	
Nombre _____	
Dirección _____	
La información de la salud que me gustaría restringir y no divulgar es: _____ _____ _____	
La persona o el negocio que no quiero que reciba la información es: _____ _____	
El período de tiempo que quiero que esta restricción esté en efecto es: _____ _____	

Si el Departamento acuerda en llevar a cabo su solicitud, nosotros la cumpliremos a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento o hasta que usted anule la restricción.

Yo entiendo que puedo solicitar la anulación de esta restricción a cualquier hora al completar y someter el formulario apropiado al Departamento. El formulario de la Solicitud para Anular la Restricción sobre la Información de la Salud está disponible en las oficinas del Departamento.

El Departamento responderá a su solicitud por escrito.

Si esta solicitud está siendo hecha por otra persona y no por el sujeto de la información, por favor describa y provea documentación de su autoridad para solicitar la restricción de divulgaciones sobre la información de la salud para esa persona _____
--

Su firma _____ Fecha de la solicitud _____

Su firma debe estar notariada si usted presenta esta solicitud por fax, correo aéreo o correo electrónico y no podemos verificarla con la información que ya está en el archivo.

Yo, _____ siendo un Notario Público, por la presente certifico que en este día _____ de _____, de 20____, la persona de arriba, siendo primero debidamente jurada, apareció ante mí y firmó el previo documento.

Firma del Notario Público

Notario Público residiendo en _____

Mi comisión expira _____

For DHW Office use only	
<input type="checkbox"/>	ID Provided _____
<input type="checkbox"/>	Form Complete _____
Authority:	
<input type="checkbox"/>	Accessing own records _____
<input type="checkbox"/>	Documentation Attached _____
<input type="checkbox"/>	Not Required _____