

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>

Restricciones Por Paciente

Solicitud de Divulgación de Información
Release of Information Request - Restrictions by Patient

Fecha de la solicitud (mes/día/año) _____ / _____ / _____
Request date (month/day/year)

Dirección del paciente _____
Patient address

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
City State ZIP

Qué es necesario restringir
What needs to be restricted

Explique de qué manera desea que restrinjamos el uso o la divulgación de su información de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o los servicios médicos.

Explain how you wish us to restrict uses or disclosures of your health information to carry out treatment, payment or health care operations.

Explique de qué manera desea que restrinjamos la divulgación de su información de salud a:

Explain how you wish us to restrict disclosures of your health information to:

- un miembro de su familia u otra persona que usted indique que está involucrada en su atención médica o en el pago de su atención médica
your family member or other person identified by you as being involved in your care or payment for your care
- una persona u organización a los efectos de la ayuda en caso de desastres
a person or organization for disaster relief purposes

Comprendo que Marshfield Clinic Health System no tiene la obligación de aceptar mi solicitud de restringir el uso y la divulgación de mi información de salud.

I understand that Marshfield Clinic Health System is not required to agree to my request to restrict uses and disclosures of my health information.

_____ Firma del paciente (Representante legal del paciente) <i>Patient signature (Patient's legal representative)</i>	_____ (Relación con el paciente) <i>(Relationship to patient)</i>	_____/_____/_____ Fecha de firma (m/d/a) <i>Signature date (m/d/y)</i>	_____ Número de teléfono <i>Phone number</i>
---	---	--	--

Envíe la solicitud completa a: Health Information Management, HM2, Marshfield Clinic Health System, 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Fax: 715-221-5847 Correo electrónico: himroiadmrestvreq@marshfieldclinic.org
Send completed request to: Health Information Management, HM2, Marshfield Clinic Health System, 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Fax: 715-221-5847 E-mail: himroiadmrestvreq@marshfieldclinic.org

Restricciones Por Paciente

Solicitud de Divulgación de Información (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------------------	--------------------	-----------------------

FOR MARSHFIELD CLINIC HEALTH SYSTEM INTERNAL USE ONLY

Date received (m/d/y) ____ / ____ / ____

Accepted Denied

If denied, check reason for denial:

- PHI was not created by Marshfield Clinic Health System
- PHI cannot be restricted for quality and continuity of care reasons
- Request is for restriction of uses or disclosures of PHI for purposes other than treatment, payment or health care operations
- Request is for restriction of disclosures of PHI for other than 164.510(b) purposes

Comments:

- Individual was informed of denial in writing (attach letter of communication)

Signature/Title of staff member _____

____ / ____ / ____
Date (month/day/year)